This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

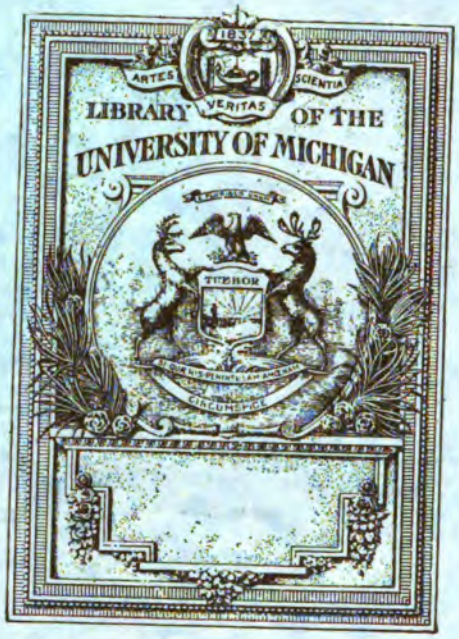
+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

B 3 9015 00211 584 1
University of Michigan – BUHR

Digitized by Google



Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

610.5
R46
G3
R6

Digitized by Google

Digitized by Google

REVUE GÉNÉRALE

DE

CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DE PRATICIENS

TOME IV. — ANNÉE 1890

Digitized by Google

PARIS. — IMPRIMERIE CHARLES SCHLEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

REVUE GÉNÉRALE

DE

CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : **M. Henri HUCHARD**, Médecin de l'hôpital Bichat

RÉDACTEUR EN CHEF : **M. Charles ELOY**, Ancien interne des hôpitaux.

COMITÉ DE RÉDACTION : **MM. E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC**, et **Alex. RENAULT**, Médecins des hôpitaux ; **CHAPUT**, Chirurgien des hôpitaux ; **SCHWARTZ**, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Cochin ; **Paul BAR**, Accoucheur de l'hôpital Saint-Louis ; **DEMELIN**, Ancien interne des hôpitaux de Paris ; **RIEFFEL**, Prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris.

Avec la Collaboration de :

MM. CADET DE GASSICOURT et SEVESTRE, médecins de l'hôpital Trousseau, d'HEILLY et DESCROIZILLES, médecins de l'hôpital des Enfants malades, et HENRI GILLET, Ancien interne des hôpitaux de Paris, pour les *maladies des enfants ;* — BROCQ médecin des hôpitaux de Paris, pour les *maladies de la peau ;* — LIÉGEOIS (de Bainville-aux-Saules), pour la *thérapeutique ;* — DEHENNE, pour l'*ophthalmologie ;* — GOUGUENHEIM, médecin de l'hôpital Lariboisière, pour la *laryngologie*, et LUC, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour les *maladies du nez, des oreilles et du larynx ;* — PICQUÉ, chirurgien des hôpitaux de Paris, pour la chirurgie et pour les *maladies des organes génito-urinaires ;* — CHARPENTIER, médecin de l'hospice de Bicêtre, pour les *affections mentales ;* — CÉNAS, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne, pour la *médecine légale ;* — COURTADE, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour *l'électrothérapie.*

De MM. les Docteurs COUPARD et ROUX, de MM. les Docteurs BERNE, MARCIGUEY, MÉRIGOT DE TREIGNY et WEBER, anciens internes des hôpitaux de Paris, POTHERAT, prosecteur des hôpitaux, et de MM. ARNOULT, aide d'anatomie à la Faculté, et TOURNIER, interne des hôpitaux de Paris.

(Voir au verso les noms des Collaborateurs des Départements)

TOME IV. — ANNÉE 1890

RÉDACTION ET ADMINISTRATION, 66, RUE DE PONTHIEU

ABONNEMENTS : Un an { France..... 12 fr. / Etranger (union postale). 15 fr.

Les abonnements partent du 1er janvier au 1er juillet.

Digitized by Google

COLLABORATEURS DES DÉPARTEMENTS

Latil, ancien interne des hôpitaux de Paris, à Aix.
Thiébaut, professeur-suppléant à l'Ecole d'Alger.
Cochez, médecin-adjoint à l'hôpital d'Alger.
Dezanneau, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole d'Angers.
Farges, professeur de clinique médicale à l'Ecole d'Angers.
Vaslin, ancien interne des hôpitaux à Angers.
Girou, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés à Aurillac.
Gillot, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'hôpital d'Autun.
Pamard, chirurgien de l'hôpital d'Avignon.
Liégeois, lauréat de l'Académie, à Bainville-aux-Saules.
Gauderon, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon.
Roland, professeur suppléant à l'Ecole de Besançon.
Ferrand, médecin de l'hôpital de Blois.
Azam, professeur de clinique externe à la Faculté de Bordeaux.
De Fleury, professeur de thérapeutique à la Faculté de Bordeaux.
Lannelongue, professeur de clinique externe à la Faculté de Bordeaux.
Morache, professeur de médecine légale à la Faculté de Bordeaux.
Pitres, professeur de clinique interne et doyen de la Faculté de Bordeaux.
Pousson, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Saint-Philippe, médecin des hôpitaux de Bordeaux.
Vergely, professeur de pathalogie générale à la Faculté de Bordeaux.
Verdalle, médecin des hôpitaux de Bordeaux.
Mauriac (E), inspecteur de la salubrité de la Gironde, à Bordeaux.
Barette, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Caen.
Lagrange, médecin de l'hôpital de Chalon-sur-Saône.
Gauthier, médecin de l'hôpital de Charolles.
Deubarre, chirurgien de l'hôpital de Cambrai.
Colas, médecin de l'asile de la vieillesse à Chartres.
Bousquet, professeur de pathologie externe à l'Ecole de Clermont-Ferrand.
Fredet, professeur de pathologie interne à l'Ecole de Clermont-Ferrand.
Cottin, ancien interne des hôpitaux de Paris à Dijon.
Fleurot, professeur de clinique externe à l'Ecole de Dijon.
Girard, professeur de clinique externe à l'Ecole de Grenoble.
Surmay, chirurgien de l'hôpital de Ham.
Gibert, médecin de l'hôpital du Havre,
Le Prévost, chirurgien de l'hôpital du Havre.
Blanquinque, médecin de l'Hôtel-Dieu de Laon.
Chevalier, médecin de l'hôpital de Laval.
Folet, professeur de clinique externe à la Faculté de Lille.
Gaulard, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Lille.
Chenieux, professeur à l'Ecole de médecine de Limoges.
Lemaistre (Justin), professeur à l'Ecole de Limoges.
Bondet, professeur de clinique interne à la Faculté de Lyon.
Poncet, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.
Teissier, professeur de pathologie interne à la Faculté de Lyon.
Clément, médecin des hôpitaux de Lyon,
Combalat, professeur de clinique externe à l'Ecole de Marseille.
Falot, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille.
Girard, professeur de clinique interne à l'Ecole de Marseille.
Villard, professeur de clinique interne à l'Ecole de Marseille.
Masbrenier, médecin de l'hôpital de Melun.
Grasset, professeur de clinique interne à la Faculté de Montpellier.
Mossé, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.
Tédenat, professeur de clinique externe à la Faculté de Montpellier
Bernheim, professeur de clinique interne à la Faculté de Nancy.
Gross, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Nancy.
Hergott, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Nancy.
Poincarré, professeur d'hygiène à la Faculté de Nancy.
F. Simon, professeur agrégé à la Faculté de Nancy.
Weiss, professeur de clinique externe à la Faculté de Nancy.
Heurtaux, professeur de clinique externe à l'Ecole de Nantes.
Trastour, professeur de clinique interne à l'Ecole de Nantes.
Dianoux, ancien interne des hôpitaux à Nantes.
Balestre, professeur agrégé à Nice.
Baréty, ancien interne des hôpitaux de Paris à Nice.
Chertier, médecin de l'hôpital de Nogent-sur-Seine (Aube).
Beaurieux, médecin de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.
Geffrier, médecin de l'hôpital d'enfants à Orléans.
Chipault, chirurgien à l'hôpital d'Orléans.
Chedevergne, directeur de l'Ecole de médecine de Poitiers.
De la Garde, professeur de thérapeutique à l'Ecole de Poitiers.
Langlet, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Reims.
Lardier, médecin de l'hôpital de Rambervilliers (Vosges).
Luton, directeur de l'Ecole de médecine de Reims.
Bruté, professeur de clinique interne à l'Ecole de Rennes.
Debout, ancien médecin-major à Rouen.
Petel, professeur d'hygiène et de thérapeutique à l'Ecole de Rouen.
Cénas, médecin de l'Hôtel-Dieu de St-Etienne.
Le Piez, médecin de l'hôpital de St-Germain-en-Laye.
Mantel, chirurgien de l'hôpital de St-Omer.
Renou, médecin de l'hôpital de Saumur.
Roché, médecin de l'hôpital de Toucy (Yonne).
Caubet, directeur de l'Ecole de médecine de Toulouse.
Bezard, ancien interne des hôpitaux à Tours.
Duclos, membre correspondant de l'Académie de médecine et professeur de clinique interne à l'Ecole de Tours.
Herpin, professeur de clinique obstétricale à l'Ecole de Tours.
Thomas, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Tours.
Laurent, médecin de l'hôpital de Versailles.
Burdel, membre correspondant de l'Académie de médecine à Vierzon.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE — N° 1 — 2 JANVIER 1890

REVUE GENERALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE
JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD. — RÉDACTEUR en CHEF : M. Charles ÉLOY

COMITÉ de RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ.

AVIS. — Le plus grand nombre des abonnements expirant à la fin de l'année, l'Administrateur de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, prie instamment nos souscripteurs de lui faire parvenir par mandat-poste, le montant de leur renouvellement pour l'année 1890, afin d'éviter tout retard dans la réception du journal.

THERAPEUTIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

De l'action de l'antipyrine dans la fièvre typhoïde ?

par M. le Dr CADET DE GASSICOURT
Médecin de l'Hôpital Trousseau.

Je dois commencer par faire une confession : je ne suis pas partisan des traitements systématiques dans la fièvre typhoïde, qu'il s'agisse des purgatifs répétés, aujourd'hui passés de mode, du mélange de charbon, de glycérine et d'iodoforme, plus récemment employé, mais abandonné déjà, du naphtol uni à la magnésie ou au salicylate de bismuth, enfin des bains froids selon la méthode de Brandt, très vantés en Allemagne, très préconisés à Lyon, plus froidement accueillis à Paris, mais qui ont encore aujourd'hui des partisans convaincus, surtout dans notre jeune génération médicale (1).

Ce n'est pas ici le lieu de développer les motifs qui m'empêchent d'adopter quelqu'une de ces méthodes exclusives ; cependant je peux dire qu'une des raisons qui ne me permettent pas d'employer le naphtol, c'est qu'il est mal toléré par les enfants, qui, le plus souvent le vomissent. Néanmoins, si je croyais à son efficacité, si je pensais que les fièvres typhoïdes sont plus souvent guéries par ce moyen que par tout autre, je m'ingénierais à chercher un procédé pour le faire accepter. Mais ma pensée est toute autre. J'ai fait des essais, et, comme certains malades, âgés de plus de 10 à 12 ans, tolèrent assez bien le médicament, j'ai pu rassembler un nombre de faits suffisants pour porter un jugement motivé sur sa valeur.

Or, le jugement ne lui a pas été favorable : non que j'aie jamais vu la maladie s'aggraver sous son influence, mais je ne l'ai pas vu non plus s'améliorer d'une manière sensible, ni les cas de guérison devenir plus nombreux.

D'ailleurs, il faut que j'en fasse l'aveu, quoique ma modestie en puisse souffrir : Je ne saurais être mécontent du traitement, ou plutôt de la série de moyens que j'emploie, quand j'obtiens avec eux des résultats aussi consolants que ceux de cette année.

En effet, depuis le 1er février de cette année, j'ai soigné à l'hôpital 84 fièvres typhoïdes, 36 chez les garçons, 48 chez les filles, et la mortalité n'a été que de trois. Ce qui nous donnerait une mortalité de 3 1/2 pour 0/0, si l'on était jamais autorisé à établir un tant pour cent, lorsqu'on calcule sur des chiffres relativement peu élevés.

Quelques mots me suffiront pour mettre au courant de ma méthode : je fais de la thérapeutique éclectique, la thérapeutique des symptômes. Le fonds du traitement que j'emploie est le quinquina sous ses deux formes : extrait de quinquina et sulfate de quinine, puis l'alcool à doses modérées à la période des longues oscillations descendantes, le bouillon, le lait, et le plus souvent les bains tièdes légèrement refroidis par degrés jusqu'à 34° et même 33° centigrades.

Maintenant je réponds à certaines indications spéciales par d'autres moyens. Ainsi je combats le délire modéré par le musc, les complications bronchiques par les ventouses sèches, l'adynamie par les injections de caféine et d'éther, l'hyperthermie et l'ataxie par les bains froids selon la méthode de Brandt ; car je ne suis pas exclusif, et si je n'adopte pas la balnéothérapie de Brandt comme traitement systématique, je pense qu'elle a ses indications, et qu'elle ne saurait être systématiquement repoussée.

Eh bien, c'est au milieu de tous ces moyens que l'antipyrine trouve sa place et ses indications ; place modeste, assurément ; car l'antipyrine n'a pas la prétention de guérir les cas graves, dans lesquels l'hyperthermie est extrême, et où surtout les phénomènes ataxiques sont prédominants. On ne peut pas non plus songer à combattre par elle les complications pulmonaires ou autres de la fièvre typhoïde. Il n'est pas davantage permis d'en attendre l'abréviation de la maladie. — Aussi tous les moyens dont j'ai parlé plus haut, depuis les bains et les affusions froides, jusqu'au sulfate de quinine, conservent-ils leur rang et leur importance. Je dirai plus, il me paraît que l'action de l'antipyrine est surtout sédative. Mais n'est-ce rien que de diminuer, ou même de faire disparaître des phénomènes pénibles ? Peut-on faire bon marché d'un moyen d'atténuation de cette chaleur sèche si pénible pour le malade, et parfois même de l'agitation et du délire qui accompagnent la surélévation de la température ?

Or, réduite à ces termes, l'action de l'antipyrine est, selon moi, indéniable. D'ailleurs, je ne suis pas seul à en avoir constaté les effets favorables : Bungenroth, Friedlander, Moncorvo, Laure (de Lyon), Dujardin-Beaumetz, et tant d'autres, parmi lesquels je citerai encore notre collègue et ami, le Dr d'Heilly, sont tous d'accord sur ce point. Il est vrai que, au début, et lorsque le Dr Huchard eut introduit ce corps nouveau dans la pharmacopée fran

(1) Société Médico-pratique, (séance du 9 décembre). Voir : *Revue générale de clinique et de thérapeutique* (p 512. 1889), les articles de MM. les Drs GLÉNARD et COCHEZ sur ce sujet (N. D. R).

400342
Digitized by Google

çaise, on avait eu de bien autres espérances. Peu s'en fallut que l'on crut avoir entre les mains une arme toute puissante pour supprimer la fièvre, et l'on voyait déjà le moment où l'on ferait évoluer dans une apyrexie complète la plupart des maladies fébriles. Il semblait que l'on fût maître de la thermalité, et que l'on pût à son gré en diriger le cours.

On dut bientôt rabattre de ces prétentions. Mais la désillusion alla trop loin et trop vite. Et l'on en arriva à se dégoûter d'un médicament utile, parce qu'il n'avait pas tout l'héroïsme qu'on lui supposait.

Voyons donc quel est le rôle, quels sont les effets de l'antipyrine.

Voici une fillette de 9 ans 1/2 qui entre à l'hôpital au sixième jour d'une fièvre typhoïde. Elle a une température élevée, oscillant entre 40° le matin et 41° le soir. Elle est agitée et délirante. Cependant on ne saurait dire que la forme soit ataxique. Les bains tièdes donnés dès le premier jour n'abaissent pas la température d'une manière durable. Le 9e jour, dans la journée, je donne 2 gr. d'antipyrine, en trois fois, à 1 heure de l'après-midi, à 4 heures et à 7 heures. L'enfant a d'abondantes transpirations, et la température, qui était le matin à 40°,6, tombe le soir à 39°. Cependant le délire persiste. Je continue l'antipyrine, à la dose de 1 gr. 50, le 10e; de 1 gr. les 11e, 12e, 13e jours; de 50 centigr. les 14e, 15e et 16e jours. La température reste abaissée, n'atteignant jamais 40° le soir, tombant à 39° au plus le matin. Dès le 12e jour, le délire avait cessé, et la fièvre typhoïde a continué d'évoluer avec une température moyenne, jusqu'à complète guérison.

Voici un second cas presque identique. Il s'agit d'un garçon de 9 ans, entré au 9e jour de sa fièvre avec 40° le matin et 40°,6, 40°,8 le soir. Il a de l'agitation et du délire. Je donne 2 gr. d'antipyrine le 3e jour de l'entrée (11e de la maladie) et la température tombe à 36°,2 le soir, à 38°, 2 le lendemain matin. Le délire, persistant le 11e jour, cesse le 12e pour ne plus reparaître. Je continue l'antipyrine à la dose de 1 gr. 50, puis 1 gr., enfin 50 centigr. jusqu'au 16e jour, et la température, enfin relevée, à 39°, 3° continue à évoluer, même après la suppression de l'antipyrine, entre 38° et 39°, jusqu'aux longues oscillations ascendantes, et enfin arrive à la guérison.

On voit donc que, dans des formes de moyenne intensité, il est vrai, l'antipyrine, administrée à la période d'état, peut abaisser la température, faire disparaître le délire, et permettre à la fièvre typhoïde d'évoluer avec de basses températures et un grand calme relatif.

Prenons maintenant une 3e observation, ou plutôt une 3e et une 4e, et regardons-en la fin seulement. Dans l'une, la maladie était arrivée au 58e jour (24e jour de la rechute, car c'était une fièvre à rechute); dans l'autre, nous étions au 30e jour. Dans les deux cas, nous étions arrivés déjà depuis quelque temps, à la période des longues oscillations descendantes, la température s'élevant le soir à 40° au moins et tombant le matin à 37° 2, 37° 6, 37° 8. Je donne 2 gr. d'antipyrine le 1er jour, 1 gr. les deux ou trois jours suivants. La température tombe immédiatement à 37° ou au-dessous le matin, à 38° ou au-dessous le soir ; c'est-à-dire à la normale, — toutes ces températures étaient prises dans le rectum — et elle ne se releva plus.

Voilà donc deux cas où l'antipyrine semble bien avoir déterminé la chute définitive de la température, et ainsi avancé quelque peu la guérison et la possibilité de l'alimentation. Mais je dois faire remarquer qu'au moment où je suis intervenu avec l'antipyrine, tous les symptômes de la fièvre typhoïde et, en particulier, la diarrhée, avaient disparu.

Tels sont, je crois, les seuls avantages que l'on puisse tirer de l'emploi de l'antipyrine dans la fièvre typhoïde. Ils sont modestes, assurément ; ils ne sont pas cependant à dédaigner, et je crois qu'il est bon d'y songer dans les circonstances que j'ai indiquées.

Quant à espérer qu'on pourra ainsi abréger le cours de la fièvre typhoïde, ce serait se faire de grandes illusions. Deux des observations que j'ai sous la main le démontrent. Dans l'une, au 13e jour de la rechute, la température était 40°,3 et 40°,9 ; je donne 2 gr. puis 1 gr. d'antipyrine suivant la méthode que je vous ai exposée, la température s'abaisse d'abord à 37°,8, puis elle remonte à 39°,2 et 39 ,5 Dès que l'antipyrine est supprimée, les longues oscillations commencent, et c'est à coup sûr un bénéfice ; mais elles se prolongent jusqu'au 24e jour, ce qui est, on l'avouera, une durée normale de dothiénenterie.

L'autre observation est encore plus probante. Au 14e, jour de la maladie, je donne l'antipyrine, et j'obtiens l'abaissement habituel de la température, suivi d'un relèvement dès que l'antipyrine est supprimée. Puis les longues oscillations commencent. Au bout de cinq jours, j'interviens de nouveau, la température tombe et reste abaissée à la normale pendant tout le temps que j'emploie l'antipyrine. Mais dès que je la cesse, les longues oscillations recommencent, et ne se terminent qu'au 30e jour.

Voilà, ce me semble, la preuve incontestable que la durée de la maladie n'est nullement abrégée par l'antipyrine. C'est, d'ailleurs, ce fait que la plupart des observateurs avant moi, avaient mis en lumière.

CLINIQUE MEDICALE

La grippe, ses formes cliniques et ses rapports avec d'autres maladies, (1).

Comme je vous l'ai dit, l'épidémie de grippe que nous traversons en ce moment, a été caractérisée, dès le début, par l'intensité du processus fébrile et par l'acuité souvent grande des phénomènes douloureux; mais ceux-ci ont été observés au même degré dans d'autres épidémies. C'est ainsi qu'on a pu donner au xve siècle à cette maladie le nom significatif de *tac*, *horion* ou *dando* (2). Dans sa relation de l'épidémie catarrhale de 1403, un historien du temps, Pasquier, décrit ainsi les douleurs de la grippe : « La maladie commençait ès reins et ès épaules, et n'estait nul, quand elle prenait, qui, ne cuisdast (crût) avoir la gravelle tant faisoit cruelle douleur.» L'épidémie de

(1) Suite et fin (Voir le numéro 52 de l'année 1889).

(2) Voir : Ch. Eloy. Quelques épidémies du xv siècle : le tac, le horion, la dando, la bosse (*Gaz. Hebdo de méd. et de chir.*, 1881).

Digitized by Google

1733 présenta des phénomènes douloureux, localisés cette fois à la tête, à ce point qu'en Italie on donna à cette infection le nom de *mal mattello, mal del zuccone*, exprimant l'état de pesanteur et d'engourdissement pénible dont la tête était le siège. Du reste, les accidents douloureux sont presque la règle dans la grippe ; c'est une affection qui frappe d'abord et surtout le système nerveux dans tout son ensemble.

Aussi la forme nerveuse est-elle extrêmement fréquente avec ses douleurs sur le trajet des nerfs et des muscles (grippe *névralgique*), avec la sensation de prostration, de brisement des membres, de faiblesse des membres inférieurs (grippe *neurasthénique*), et vous comprenez ainsi pourquoi et comment elle donne le coup de fouet aux affections douloureuses. C'est ainsi que j'ai vu renaître chez un malheureux tabétique atteint de grippe, des douleurs fulgurantes, avec une intensité nouvelle.

On a paru étonné de rencontrer cette année plusieurs éruptions dans le cours de l'influenza. Mais, ce n'est pas là un fait spécial à la grippe que nous observons en ce moment, et les recherches que j'ai faites à ce sujet m'ont conduit aux résultats suivants : En 1730, Fr. Hoffmann signalait des éruptions miliaires et des exanthèmes pourprés ; en 1743 Huxham a vu survenir une éruption de « boutons rouges brûlants » ; en 1745, Hermann Furstenau, qui observait en Allemagne, avait vu que « la fièvre pourprée compliquait assez souvent la maladie ». Récamier, en 1803, parle d'éruptions érysipélatoïdes ; en 1857, Malcorps vit la peau se couvrir d'une rougeur écarlate rappelant la scarlatine ; en 1880, Siredey a noté la complication d'érythèmes polymorphes ; enfin, la même année, dans sa thèse déjà citée, Doussain rapporte que j'ai observé une éruption scarlatiniforme capable, avec l'angine grippale, de permettre une confusion possible avec la scarlatine. Dans l'épidémie que nous traversons, j'ai constaté plusieurs fois une rougeur diffuse de la face d'aspect érythémateux, avec injection de conjonctives, M. le Dr Morel (de Paris) m'a cité deux cas de rougeur scarlatiniforme avec angine pouvant ainsi faire croire à une vraie scarlatine ; enfin, tout dernièrement, je voyais avec le M. docteur Godlesky (de Neuilly) un malade qui, dans le cours d'une pneumonie grippale, présenta une singulière complication, caractérisée, pendant plusieurs jours, par l'existence d'une éruption miliaire et scarlatiniforme répandue sur les avant-bras et les mains, sur la face et le cou, avec gonflement considérable de toutes ces régions, et surtout de la partie postérieure du cou.

Je vous ai dit et je vous répète que, malgré leurs allures bruyantes, les formes douloureuses et fébriles ne sont pas graves lorsqu'elles ne présentent pas de complications du côté de la poitrine. Mais depuis que l'épidémie a pris la *forme thoracique*, la maladie a présenté un pronostic beaucoup plus sévère, et l'état hypertrophique de la rate que la plupart des observateurs ont constaté avec M. Potain, démontre que nous avons affaire à une véritable *grippe infectieuse*, comme l'avait appelée M. Fiessinger dans un mémoire fort intéressant (1).

Cette forme thoracique comprend trois variétés :

1° La variété *bronchitique*, sans gravité lorsqu'elle affecte la trachée et les grosses bronches, mais très grave lorsqu'elle s'est étendue aux petites bronches et présentée tous les caractères de la bronchite capillaire ou catarrhe suffocant. Parfois, on observe aussi ces toux coqueluchoïdes dues à l'existence d'une adénopathie trachéo-bronchique dont j'ai fait mention dans la thèse de Doussain.

2° La variété *congestive* qui souvent affecte la forme hémorrhagique ou hémoptoïque. Dans ce cas, les malades ont de véritables hémoptysies caractérisées par le rejet d'une plus ou moins grande quantité de sang rouge rutilant ou noirâtre, le plus souvent privé de bulles d'air, particularité que Graves avait déjà remarquée pour les crachats de la bronchite grippale.

La congestion pulmonaire grippale est le plus souvent bilatérale, et elle présente un caractère clinique fort important que je n'ai vu signalé nulle part : elle est très souvent *centrale*, ce qui explique en grande partie ce désaccord que l'on a constaté entre l'intensité de la dyspnée et l'absence ou la bénignité apparente des lésions. Pendant quelques jours, cette hypérémie pulmonaire reste centrale, et quand elle a fini par s'étendre jusqu'aux parties superficielles du poumon, vous ne constatez sa présence que sur une petite étendue. Vous pouvez faire, alors, une erreur de pronostic en pensant que la complication pulmonaire ne présente aucune gravité et n'est pas très étendue, quand au contraire elle a pu envahir dans ses parties centrales, une grande étendue du poumon (2).

3° La variété *broncho-pneumonique* ou *pneumonique* est bien connue, et je n'ai pas à vous en parler. Qu'il me suffise d'appeler votre attention sur deux faits importants : souvent, vous pourrez constater, du jour au lendemain, chez un malade qui présentait, depuis plusieurs jours, un point de côté avec dyspnée plus ou moins considérable, l'existence d'un souffle un peu lointain accompagné de râles crépitants extrêmement fins ; il s'agit alors d'un véritable *souffle crépitant* dont l'existence m'a toujours paru comporter un pronostic sévère et démon-

(1) Fiessinger. La grippe infectieuse à Oyonnax (Ain), Paris 1887.

(2) Voir plus loin p. II pour le traitement de la congestion pulmonaire grippale.

Digitized by Google

trer l'existence d'une pneumonie centrale très-étendue. Enfin, dans l'épidémie que nous traversons, il vous arrive souvent de voir que la température n'est pas très-élevée, puisqu'elle ne dépasse pas 38° 5, et cependant vous serez étonné de constater l'existence d'nue véritable *pneumonie en bloc* étendue du sommet à la base. Méfiez-vous de cette forme insidieuse, dans laquelle — contrairement à ce qui existe habituellement pour la grippe — la bénignité apparente des symptômes réactionnels et le peu d'intensité de la dyspnée contrastent avec l'étendue et la gravité des lésions; car, j'ai vu déjà succomber plusieurs malades au moment même où l'on pouvait porter un pronostic favorable.

Le pronostic de la grippe ne dépend pas seulement de la forme de la maladie, — et il est démontré que celle-ci ne devient grave que par les complications thoraciques, — mais il dépend encore de l'état morbide antérieur des sujets qu'elle atteint.

Chez les individus prédisposés à la phtisie, redoutez la fièvre catarrhale ; elle peut souvent provoquer une poussée tuberculeuse. Chez les phtisiques déclarés, elle fera évoluer plus rapidement la maladie bacillaire en provoquant des congestions et des inflammations du parenchyme pulmonaire. Rappelez-vous que la mortalité des tuberculeux est considérable pendant les épidémies grippales, et sur veillez-les attentivement.

Pour les asthmatiques, et les emphysémateux, l'influence de la grippe est mauvaise, parce qu'elle peut, non seulement provoquer des accès d'asthme, mais aussi parce qu'elle peut faire naître des complications catarrhales et congestives du côté de l'appareil pulmonaire.

L'influence de la grippe sur les cardiaques est souvent désastreuse. Dans les affections du cœur que j'ai décrites sous le nom de *cardiopathies artérielles*, même lorsqu'elles paraissent bien compensées, le danger peut surgir avec une rapidité extrême, et c'est ainsi que, depuis huit jours, viennent de succomber en moins de 48 heures trois de mes malades.

Ces faits ne doivent point vous étonner, si vous vous rappelez la loi suivante que vous m'entendez souvent énoncer : *tout cœur atteint d'artério-sclérose est un cœur en imminence continuelle de dilatation aiguë*. Ils vous démontrent encore cette « influence cardiaque dans les maladies », influence sur laquelle on ne saurait trop insister. Que de fois observez-vous des congestions pulmonaires qui disparaîtraient rapidement sans laisser de traces, si elles évoluaient chez des individus indemnes de toute lésion cardiaque ! Dans ces cas, on a tort de diriger toujours sa thérapeutique contre l'affaiblissement cardiaque qui constitue le principal danger.

C'est ainsi, que vous m'entendez dire souvent : *La maladie est au poumon ; le danger est au cœur*. D'autres fois encore vous ne constatez à l'auscultation aucun signe de congestion pulmonaire, le malade ne présente qu'une dilatation considérable des cavités cardiaques, et il succombe en quelques jours, ou même en quelques heures, aux progrès rapides d'une asystolie aiguë. Je ne serais pas étonné que les faits signalés autrefois par Graves dans la grippe, sous le nom de *paralysie pulmonaire*, fussent des cas semblables à ceux que je viens de vous rapporter.

D'autres fois, les accidents sont moins graves et ne consistent chez les grippés que dans l'existence, pour la première fois constatée, de troubles arythmiques ou d'intermittences. Dans tous les cas, lorsqu'un cardiopathe artériel est atteint de grippe ; surveillez son cœur, et s'il en est besoin, soutenez-le de bonne heure par les préparations de digitale, dans les cas graves par les injections de caféine et même par une saignée générale que j'ai vue deux fois être suivie d'une guérison presque inespérée. Dans les cas de dilatation aiguë du cœur, la saignée agit en levant les obstacles périphériques, et en facilitant ainsi le travail du cœur.

La grippe est encore grave chez les diabétiques, les albuminuriques, et souvent aussi chez les alcooliques comme chez tous les débilités.

On peut voir évoluer chez le même individu et en même temps la grippe et la fièvre typhoïde. Dans ce cas, cette dernière maladie en est souvent aggravée, et les accidents adynamiques sont prédominants.

Comme le fait remarquer M. L. Colin, l'intoxication palustre est une cause de gravité de la grippe. C'est ainsi que ses épidémies sont fatales aux habitants des pays à fièvre, à Rome, où tant de personnes succombèrent en 1530 et en 1790, et au Mexique où la gravité de l'affection serait presque légendaire.

La grippe des vieillards présente de grands dangers. Graves a montré qu'elle leur est redoutable, parce qu'à la débilitation de l'âge se joignent les symptômes nerveux et l'adynamie de la maladie. Un mois de grippe, disait Marc d'Espine, fait mourir des vieillards de 60 à 80 ans dans la proportion de 32 sur 100, alors que la mortalité moyenne de cet âge est de 11 sur 100.

Enfin, dans l'enfance, la grippe peut devenir aussi très grave, en raison de complications fréquentes du côté de l'appareil broncho-pulmonaire ; mais c'est surtout chez les enfants nouveau-nés, chez les enfants à la mamelle, qu'elle peut être redoutable.

Pour terminer, je dois vous dire qu'une première atteinte de grippe ne confère aucunement l'immunité. Bien au contraire, si les malades s'exposent à contracter l'affection pendant leur convalescence, ils peuvent subir plusieurs fois les atteintes de l'influenza

Digitized by Google

et c'est ainsi que l'on peut constater de véritables *grippes imbriquées* chez certains individus qui peuvent rester ainsi pendant des semaines sous l'influence grippale.

Puisque la grippe revêt des caractères particuliers de gravité chez les débilités, chez les vieillards, les cardiopathes, les emphysémateux et les asthmatiques, chez les phtisiques, etc., le traitement prophylactique s'impose. Il faut éviter les refroidissements, supprimer en temps d'épidémie les sorties du soir ou du matin, éviter tous les excès qui débilitent, prescrire quelques boissons alcooliques ou des préparations de quinquina.

En temps d'épidémie grippale, surveillez donc tous vos malades atteints d'affections chroniques, n'oubliez pas que celles-ci sont souvent la proie de la grippe, et à vos cardiopathes, à vos phtisiques, aux vieillards et aux débilités, prescrivez *la médecine du coin du feu*. C'est souvent la meilleure médecine préventive de l'influenza.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

OBSTÉTRIQUE

Môle hydatiforme et insertion vicieuse du placenta.

Par M. le Dr Fourrier fils (de Compiègne)

Au commencement d'octobre dernier j'étais appelé en toute hâte pour une femme enceinte, Mme D..., atteinte depuis plusieurs mois de métrorrhagies abondantes. Je me trouvai en effet en présence d'une femme absolument exsangue : la décoloration de la peau et des muqueuses, la petitesse et la rapidité du pouls, les lipothymies fréquentes, tout indiquait l'importance de la déperdition sanguine, qu'elle avait subie (1).

Mme D., âgée de vingt-et-un ans, m'apprend qu'elle est enceinte de sept mois environ ; c'est sa première grossesse. La santé a toujours été excellente et sa menstruation très régulière. Elle n'a pas vu depuis la fin de février dernier. Vers cette époque son ventre a commencé à se développer et des signes rationnels de grossesse sont apparus. Quatre ou cinq semaines après le début présumé de sa grossesse, elle a eu quelques pertes de peu d'importance qui, au bout d'une quinzaine, disparurent sans traitement : mais bientôt elles reparurent pour ne plus cesser complètement. Ces pertes ne s'accompagnaient d'aucune douleur; elles étaient très-fortes par instants et à peine marquées dans d'autres, sans que ces différences fussent motivées par une cause appréciable. La malade a toujours continué à travailler ; elle ne s'est alitée que depuis deux jours. Depuis la veille au soir : douleurs intermittentes abdominales et lombaires.

Le toucher me fit facilement reconnaître un placenta inséré sur le segment inférieur de la matrice, son centre répondant à peu près à l'orifice interne du col qui était entre ouvert et commençait à s'effacer. On ne sentait pas de parties fœtales ; du reste je ne prolongeai pas beaucoup l'examen de peur d'augmenter l'hémorrhagie. Bassin normal.

Au palper, l'utérus gravide régulièrement développé ne donnait partout qu'une sensation de dureté élastique égale sur tous les points. L'auscultation ne faisait rien entendre.

Le manque de perception des parties fœtales au palper me surprit bien, mais fort des signes donnés par le toucher je portai le diagnostic d'insertion vicieuse du placenta avec mort et commencement de macération du fœtus.

Deux excellentes sages-femmes, Mme Bernoval et sa fille, qui virent la malade avec moi portèrent le même diagnostic. Il était neuf heures du matin.

Pour activer le travail le tamponnement fut pratiqué, mais, mal supporté, il ne le fut qu'insuffisamment. A une heure de l'après-midi le tampon fut retiré et une injection très-chaude donnée. Le col était effacé et la dilatation mesurait un peu plus de cinq francs. L'hémorrhagie continuait toujours et la faiblesse était extrême. Deux injections d'éther furent faites à une demi-heure d'intervalle. A trois heures la dilatation était presque complète : le pouls devenait filant et incomptable, la femme était dans un état de demi évanouissement constant, la situation ne pouvait se prolonger. La femme étant placée en position obstétricale, j'introduisis doucement la main dans le vagin, puis rapidement je décollai le placenta et entrai dans l'utérus.

A ma grande surprise je tombai dans une masse spongieuse au milieu de laquelle il me fut impossible de découvrir la moindre partie fœtale. Après une exploration prudente, je retirai la main en ramenant le placenta, des débris de membranes, un vestige de cordon ombilical, et une poignée de vésicules transparentes et blanchâtres, arrondies ou pyriformes et de la grosseur d'une petite groseille. Nous étions en présence d'une môle hydatiforme.

A la suite de mon intervention, l'hémorrhagie s'arrêta, mais la femme tomba dans un état syncopal inquiétant, qu'une nouvelle piqûre d'éther dissipa heureusement et deux heures après elle expulsait sans encombre, en plusieurs fois, une masse informe constituée par une agglomération de vésicules analogues à celles que j'avais ramenées dans ma tentative de version ; il y avait de quoi en remplir un grand saladier. Autour de cette masse on voyait des débris de membranes et par places de petits amas rougeâtres et charnus ; au milieu pas de traces de poche ni d'embryon. Il ne s'était pas écoulé une goutte de liquide amniotique.

Mme D. ne présenta pas d'accidents septiques et elle se rétablit très-bien après une convalescence assez longue.

Ce fait nous a paru intéressant à rapporter :

1° A cause de la coïncidence d'une insertion vicieuse placentaire avec une môle hydatiforme.

2° A cause de la difficulté du diagnostic qu'il présentait.

En effet le toucher faisant constater un placenta prævia, on avait de suite une explication suffisante de l'hémorrhagie et l'esprit satisfait ne cherchait pas plus loin. La femme n'accusait pas l'expulsion de vésicules, signe pathognomonique, mais très-rare, de la môle hydatiforme. D'autre part la forme et les dimensions de la matrice étaient normales. Une seule chose était extraordinaire, c'était avec un utérus non anormalement distendu, l'absence de constatation au palper d'aucune partie fœtale, et

(1) Société médico-pratique (9 décembre 1889).

Digitized by Google

la dureté élastique que l'on percevait égale partout. Mais comme je l'ai dit, l'insertion vicieuse, facilement constatable satisfaisait tout de suite et il était plus naturel d'expliquer les résultats négatifs du palper par un peu d'hydramnios avec commencement de macération d'un fœtus ayant succombé par suite de l'abondance de l'hémorrhagie.

REVUE BI-MENSUELLE DES CLINIQUES

DE FRANCE ET DE L'ÉTRANGER

MÉDECINE

(PARIS). — **Diagnostic différentiel du cancer et de la dilatation gastrique.** — M. Rendu divise la dilatation de l'estomac en essentielle et symptomatique. Dans ce cas, elle se rattache au cancer de l'estomac.

On a dit que, dans le cancer, l'anorexie est surtout caractérisée par un dégoût pour les éléments azotés, la viande surtout. Ce signe a quelque valeur, mais il est insuffisant parce qu'il manque souvent ou qu'on le rencontre en dehors du cancer.

La forme même de la dyspepsie est-elle un signe pathognomatique ? Nullement, bien que la plupart des cancereux, aient une dyspepsie atonique peu douloureuse. En général, dans le cancer, l'élément douleur n'existe pas, excepté quand les ganglions voisins sont envahis.

Les éructations tiennent, en général, à la fermentation gastrique et non au cancer plus spécialement. Cependant les renvois ayant l'odeur d'œufs pourris se rencontrent plus fréquemment dans le cancer que dans toute autre maladie de l'estomac. Les vomissements ne sont pas beaucoup plus démonstratifs dans le cancer. Les vomissements noirâtres, quand ils sont peu abondants, ne sont pas pathognomoniques, car leur coloration ne tient pas toujours à la présence du sang, mais parfois à la fermentation gastrique de certaines substances alimentaires.

La diminution d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique n'est qu'un signe de présomption et non de certitude. Les signes physiques sont plus positifs. Pourtant la sensibilité épigastrique ne prouve rien en faveur de l'existence du cancer; il en est de même de la voussure gastrique. La résistance de l'estomac, n'a pas grande valeur. En dehors du cancer, elle peut être due à la présence d'un amas stercoral, à la contraction de la portion supérieure du muscle droit de l'abdomen, à quelque empâtement épiploïque, à l'hypertrophie du pancréas, à une induration pylorique non cancéreuse. Il n'y a donc pas de signe réellement différentiel de la dilatation simple et de la dilatation cancéreuse de l'estomac.

On peut faire entrer en ligne de compte, pour le diagnostic :

1° *l'âge.* La dilatation simple est une maladie de l'adolescence, de l'âge adulte, voire même de l'enfance et, non de la vieillesse. Quand on l'observe chez le vieillard, on trouve presque toujours des antécédents dyspeptiques anciens ;

2° la *marche* de la maladie ; elle est rapide dans le cancer;

3° *l'étiologie* ; quand par exemple on ne trouve aucune cause pouvant expliquer une dyspepsie chronique : l'alcoolisme, le nicotisme.

Dans le cancer, on trouve souvent au-dessus des clavicules, surtout du côté gauche, des ganglions indurés indolents. Ce sont les indices d'une généralisation à distance de l'affection cancéreuse.

(BORDEAUX). — **Du traitement de la diphtérie par le mercure.** — Pour les attouchements de la gorge, M. Rondot préfère la solution de sublimé au 500e, à laquelle il ajoute 5 gr. 0/00 d'acide tartrique. Il cherche à agir avant tout sur les points recouverts d'exsudats, en évitant de produire des excoriations de la muqueuse qui favoriseraient la pénétration des microbes pathogènes dans le sang. Avec un petit tampon d'ouate solidement fixé sur une tige et imbibé de la solution, il pratique d'abord des frottements énergiques pour détacher les fausses membranes, bien nettoyer la muqueuse sous-jacente et l'imbiber du liquide antiseptique.

Il termine chacune des séances en passant le tampon sur la zone inférieure de l'isthme du gosier, au niveau de la base de la langue, sur la gouttière glosso-épiglottique, qui se trouve en continuité directe avec la région supérieure généralement atteinte la première et par laquelle le processus local se prepage souvent pour gagner le larynx. Les attouchements sont répétés toutes les deux heures. Ils sont bien mieux supportés par les enfants, que les cautérisations telles que M. Gaucher les recommande et qui ne peuvent être mises en pratique couramment chez les jeunes sujets.

M. Rondot emploie ce traitement dans tous les cas d'angines, avec ou sans fausses membranes, et dans ceux d'angine pseudo-membraneuse. En outre des attouchements, il pulvérise dans les fosses nasales et la bouche une solution d'acide salicylique au centième. Enfin les malades sont plongés dans une atmosphère où se dégage constamment de la vapeur d'eau chargée de substances antiseptiques. L'acide phénique ayant l'inconvénient de causer de quintes de toux pénibles, M. Rondot emploie l'acide salicylique.

En outre l'antisepsie générale doit être tentée pendant la phase d'augment de la maladie. Il faut en outre l'appliquer d'une façon continue. M. Rondot cherche à réaliser cette antisepsie générale en maintenant le milieu sanguin sous l'influence de petites doses de bichlorure de mercure (1). La dose moyenne est de 4 à 6 milligrammes de ce sel par jour jusqu'à ce que la période d'activité de la maladie soit terminée. Ce n'est pas à une action anti-microbienne, dans le sens strict du mot, que répond l'absorption du sublimé : elle paraît s'opposer au développement des accidents d'intoxication qui résultent du passage transitoire dans le sang des microbes de la diphtérie.

Il faut en même temps soutenir les forces du malade, par une alimentation réparatrice, l'alcool, et le quinquina. On doit surveiller l'excrétion rénale. Le lait donne de bons résultats et si l'enfant refuse d'en prendre, M. Rondot ajoute à la potion au sublimé une petite quantité de benzoate de soude.

Il est nécessaire aussi de surveiller les bronches et les

(1) Voir. Ch. Eloy : De la mercurialisation des diphtéritiques *Gaz. hebd. de méd.* 1888).

Digitized by Google

poumons. Dès les premières manifestations congestives de la pneumonie lobulaire, on a recours aux ventouses et, plus tard, aux petits vésicatoires volants. Mais ce moyen ne doit être employé qu'en cas d'extrême urgence, car la surface du vésicatoire peut se recouvrir d'une plaque diphtéritique.

Quand le larynx se prend, l'administration du bromure de potassium a plusieurs fois permis d'arrêter les phénomènes spasmodiques, s'accompagnant d'un tirage sus et sous-sternal assez prononcé pour faire discuter l'opportunité de la trachéotomie. Dans les cas où on redoute le collapsus cardiaque, la caféïne donne presque toujours d'excellents résultats, à condition de la prescrire sans retard. Quand la température devient très-élevée, la quinine est préférable à l'antipyrine.

ETATS-UNIS D'AMERIQUE. (*New-York*). — **Technique et indications du lavage de l'estomac.** — Les principaux avantages de cette opération sont les suivants, pour M. J. Crook. 1° Par suite de la perte de ses mouvements antipéristaltiques qui est fréquente dans la dyspepsie simple, et constante dans la dilatation de l'estomac, cet organe ne peut se débarrasser des aliments ingérés qu'après un temps beaucoup plus long que durant la digestion normale. C'est cet état que Rosenbach appelait: insuffisance de l'estomac. Les substances fermentescibles peuvent rester dans cet organe pendant plusieurs jours, comme le démontre l'examen des matières vomies. Il en résulte une irritation et, plus tard, une inflammation de l'estomac. En ayant recours, en temps opportun, au lavage, cet organe est parfaitement nettoyé et peut retrouver son élasticité et sa puissance contractile.

2° Quand il n'y a qu'un simple catarrhe gastrique, le lavage débarrasse l'estomac des mucosités qui y sont en excès ainsi que de la bile qu'on y rencontre quelquefois. Le lavage a en outre l'avantage de pouvoir être employé par le malade lui-même.

Ce lavage doit être fait six à huit heures au moins après le repas, alors qu'on suppose que l'organe est vide. On doit y avoir recours d'abord tous les jours, puis tous les deux jours et enfin une fois par semaine. On se servira d'eau tiède à laquelle on peut ajouter différents médicaments: acide phénique, créosote, hyposulfite de soude. Quand on a affaire à une dyspepsie simple, ou à une dilatation de date récente, le résultat est favorable, mais dans les cas où la dilatation est ancienne, on ne peut que soulager le malade. C'est dans l'insuffisance gastrique qu'on obtient les plus beaux succès.

J. Crook se sert pour le lavage d'un tube de caoutchouc de fort calibre ayant une longueur de quatre-vingt-dix centimètres et d'un réservoir rempli d'eau. Il n'a recours au badigeonnage préalable du pharynx avec une solution de cocaïne à 4 o/o que dans les cas où l'introduction du tube est très pénible et dans ceux où le malade vomit le tube aussitôt que celui-ci a pénétré dans l'estomac. Il fait pénétrer dans ce dernier un litre environ de liquide, dont le malade se débarrasse de la façon ordinaire. Parfois le courant s'arrête, accident qui est dû à ce que des mucosités viennent obstruer l'œil de la sonde. On peut dégager l'orifice de celle-ci de différentes façons : pressions douces mais continues sur l'épigastre, changement de position du tube, introduction d'une nouvelle quantité de liquide.

Une fois l'eau introduite dans l'estomac, il est bon que le malade s'agite doucement de façon à promener le liquide sur tout la muqueuse stomacale. On continue l'injection du liquide jusqu'à ce qu'il sorte parfaitement clair Dans l'eau qui sert au dernier lavage, J. Crook ajoute 1 gramme de salicylate de soude qui agit comme antifermentescible.

Le lavage sert aussi pour le diagnostic. On percute d'abord la région de l'estomac, cet organe étant vide, puis on renouvelle l'opération, après avoir introduit un litre de liquide. Si la ligne de matité descend à 5 ou à 6 centimètres au dessus de l'ombilic, c'est là une preuve évidente que l'estomac est dilaté. Si, sous l'influence du traitement, la ligne de matité remonte au niveau de sa limite normale, c'est un signe que l'estomac reprend sa contractilité et son élasticité.

Assez souvent, le lavage est suivi, au bout de quelques minutes, d'une demi-heure au plus, d'évacuations liquides. Ce fait s'observe même chez les individus très constipés. Il est probable que ce phénomène a pour cause le passage du liquide injecté de l'estomac dans le duodénum. Quelquefois aussi sans doute, l'extrémité du tube passe à travers le pylore, de sorte qu'une certaine quantité de liquide pénètre directement dans l'intestin. Cette évacuation de liquide agit favorablement.

Le lavage est contre-indiqué : 1° dans ces cas d'anévrysme d'une artère thoracique, 2° dans le cancer de l'œsophage ou du cardia ; 3° dans les cas d'hématémèse 4° dans l'ulcère de l'estomac, 5° chez les malades nerveux ou hystériques, chez les gens très affaiblis. F. R.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

THÉRAPEUTIQUE

Des accidents produits par la quinine et de leur prévention, par M. le Dr Coglitore. Ces accidents sont fréquents mais n'autorisent pas cependant à préférer un autre médicament à la quinine. (*Revista clinica et terap.* mai 1889). On ne peut pas la remplacer, il faut donc la rendre mieux tolérable. Dans ce but, il l'associe à l'ergotine et à l'opium dans la formule suivante :

Sulfate de quinine.....	0,75 centigrammes
Ergotine de Bonjean.....	0,[illegible] centigrammes
Opium.....	0,05 centigrammes

Diviser en trois prises.

On doit administrer une de ces prises d'heure en heure, et on évite ainsi tous les inconvénients de la médication quinique. S.R

Du traitement du catarrhe vésical chronique par l'iodoforme, par M. le Dr Mostig-Moorhof. — Le chirurgien fait usage d'injections intra-vésicales préparées en dissolvant dans cinquante grammes d'eau tiède une cuillrée à café de la mixture suivante, (*Wien. Med. Presse*, Août 1889) :

Iodoforme	50 parties
Glycérine	40 —
Eau	10 —
Gomme adragante	25 —

Digitized by Google

On répète les injections tous les trois jours, et la guérison serait obtenue après trois ou quatre pansements semblables.

S. R.

De l'administration de l'alcool avant l'anesthésie par le chloroforme, par M. le D. RICHARDSON. — L'auteur défend une idée ancienne, d'après laquelle il était utile de faire précéder la chloroformisation par l'ingestion d'une boisson alcoolique. On obtient ainsi la sédation nerveuse et une diminution de la tonicité artérielle. Même utilité de prescrire une boisson alcoolique aux individus atteints de faiblesse cardiaque pour stimuler la circulation, augmenter la rapidité d'action du chloroforme et éviter tout accident toxique. (*The Asclepiad*. Août 1889, p. 239)

M. Richardson fait donc ingérer, un moment avant le début de l'opération, une dose de 15 à 45 grammes d'alcool étendu d'eau, et varie cette dose suivant que le malade est habitué ou non à l'usage des boissons alcooliques. Pour administrer le chloroforme on doit attendre le moment où les premiers symptômes de l'excitation ébrieuse se produisent. Même pratique avant d'employer le bichlorure de méthylène ou tout autre anesthésique dérivé du chlore. M. Richardson espère ainsi prévenir l'action tétanisante de cette dernière substance sur les fibres musculaires lisses et striées.

S. R.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

CHIRURGIE

Traitement de la prostatite aiguë et de la congestion de la prostate,

par le D. F. DESNOS,

Ancien interne des hôpitaux.

La prostatite aiguë, et surtout la congestion de la prostate, sont des affections communes ; il suffit, pour s'en convaincre, d'observer un certain nombre de blennorrhagies ; on sait que cette phlegmasie reste ordinairement limitée à l'urèthre antérieur ; mais dès qu'elle a envahi la région profonde et atteint la portion prostatique de l'urèthre, il est extrêmement fréquent de constater un envahissement simultané de la glande elle-même. Si une telle complication échappe souvent, c'est qu'on prend assez rarement la peine de s'en assurer ; mais par le toucher rectal, on constate alors une augmentation variable du volume, surtout une sensibilité exagérée de la prostate ; ailleurs c'est un empâtement diffus qui en voile les contours. La dysurie, la pesanteur et les irradiations douloureuses au périnée, sont en grande partie sous la dépendance de la lésion prostatique.

Ce ne sont là évidemment que des symptômes d'une congestion qui présente elle-même des degrés très variables. Assez facilement, une inflammation véritable apparaît, soit spontanément, soit sous l'influence de manœuvres ou d'un traitement intempestifs. Enfin dans un dernier degré, le pus s'est montré et collecté : il y a abcès de la prostate.

A chacun de ces degrés correspondent des indications thérapeutiques particulières. Dans *les congestions simples* on s'abstiendra du cathétérisme qui n'est ici d'aucun secours pour le diagnostic et est inutile pour le traitement, car dans l'immense majorité des cas il n'y a pas de rétention d'urine. De même, quel qu'ait été le traitement institué pour la blennorrhagie, il sera bon de suspendre les injections, surtout les injections copieuses et les irrigations qu'on voudrait pousser jusque dans la vessie. C'est à un traitement antiphlogistique qu'on aura recours : des bains généraux tièdes et très prolongés, pendant une et même plusieurs heures, mais non pas très chauds et de courte durée comme le recommande Thompson ; quant aux bains de siège, ils seraient nuisibles à une température très élevée, tièdes ils n'ont aucune action décongestive, mais quelques malades éprouvent un soulagement momentané pendant le temps qu'ils y restent plongés.

Les topiques, appliqués à l'hypogastre et au périnée, (cataplasmes, compresses imbibées d'une décoction mucilagineuse, pommades calmantes), ne peuvent pas nuire ; mais le moyen décongestif le plus puissant consiste en des applications très-chaudes autour de la prostate ; on administrera, au moins deux fois par jour, un lavement à une température de 50 à 55 degrés centig., température que la muqueuse rectale supporte facilement, à la condition que le lavement soit poussé très-lentement, presque goutte à goutte ; 10 à 15 minutes doivent être employées à injecter une quantité de 500 gram. de liquide environ : en même temps, on appliquera au périnée des compresses trempées dans de l'eau à une température égale ou un peu plus basse, car la peau est en général plus sensible à la chaleur que la muqueuse rectale.

On évitera la constipation au moyen de laxatifs et de lavements purgatifs tièdes ; il faut être prévenu que les lavements très-chauds ont l'inconvénient de prédisposer à la constipation.

A l'intérieur, des tisanes contenant en solution un antiseptique, 4 gram. de borate de soude, un gramme d'acide borique, par exemple, seront administrées, si les voies digestives tolèrent ce médicament ; on évitera de donner de trop grandes quantités de liquide, et on usera avec une grande modération des balsamiques ; il faudrait même les suspendre complètement si les accidents s'aggravaient.

Dès que la congestion a fait place à l'inflammation, il ne faut pas hésiter à recourir aux émissions sanguines locales. Nous n'irons pas jusqu'à dire qu'elles doivent être préventives, mais aussitôt que les phénomènes inflammatoires acquièrent quelque intensité, il ne faut pas perdre de temps à essayer d'autres moyens. Le périnée se prête mal à l'application de ventouses scarifiées ; c'est aux sangsues qu'on aura recours ; suivant les cas, on en prescrira de 6 à 30 ; une seule application ne suffit pas toujours, il faut la renouveler le lendemain ou le surlendemain. Dans certains cas de périprostatite, dans d'autres où l'inflammation semble se propager le long du cordon spermatique, on posera également quelques sangsues au niveau des trajets inguinaux.

Une autre indication thérapeutique à remplir est l'apaisement de la douleur. Localement, la voie rectale est la plus efficace ; les lavements laudanisés, chloralés sont utiles, mais moins efficaces que des suppositoires contenant chacun un centigramme de chlorhydrate de morphine et d'extrait de belladone, et de deux à quatre centigrammes de chlorhydrate de cocaïne. D'ailleurs tous

Digitized by Google

ces moyens cèdent le pas à l'injection hypodermique de morphine. L'antipyrine nous a rarement réussi.

Il va sans dire que les agents thérapeutiques qui s'appliquent à la congestion trouvent également ici leur indication ; en particulier, les lavements chauds seront continués matin et soir.

La rétention d'urine, fréquente alors, doit être combattue ; on sait qu'elle reconnaît deux causes : le spasme reflexe des sphincters, et le gonflement de la prostate. Dans le premier cas, il ne faut pas se hâter de recourir au cathétérisme qui est une manœuvre de nécessité, et constitue une obligation fâcheuse. Bon nombre d'abcès prostatiques ne reconnaissent pas d'autres causes que le passage d'une sonde. Si la rétention n'est pas d'emblée absolue, ce qui est la règle, on emploiera les antiphlogistiques et les calmants ; si la vessie ne se vide pas, il faut sonder. Les précautions antiseptiques les plus minutieuses sont de rigueur ; l'instrument de choix est une sonde de gomme forme béquille, qu'on pourra même rendre bicoudée au moyen d'un mandrin ; les règles du cathétérisme chez les prostatiques sont applicables ici. Dans les cas où les manœuvres auraient été difficiles, on laisserait la sonde à demeure.

Nous ne pouvons entrer dans le détail du traitement des abcès de la prostate ; dès qu'on a la certitude de l'existence d'une collection, il faut lui donner issue le plus hâtivement possible : on se rappellera que l'ouverture uréthrale est la plus mauvaise ; aussi le cathétérisme doit-il être doucement conduit; l'incision par le rectum sera pratiquée quand on sentira la collection immédiatement sous le doigt. Mais la voie la meilleure à ménager est l'issue par le périnée ; une incision analogue à celle du premier temps de la taille prérectale conduit sur la collection et permet une large évacuation et une bonne antisepsie.

REVUE DES LIVRES

Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, par Sir Henry Thompson, traduites, par le M. le Dr Janin (J.-B. Ballière et fils, 1889, Paris).

L'édition française publiée par le docteur Janin renferme les leçons faites à University College Hospital pendant l'année 1887-1888 ; elle comprend trente-deux leçons dont nous allons rapidement passer en revue les titres en insistant sur celles qui ont particulièrement attiré notre attention.

Les deux premières sont consacrées à l'examen méthodique d'un malade atteint de lésions de l'appareil urinaire ; nous ne saurions trop en recommander la lecture, nous y avons trouvé des notions sur l'endoscope de Nitze Leiter et son emploi en chirurgie urinaire.

Cinq leçons nous montrent les idées du professeur sur les rétrécissements de l'urèthre et leur traitement, à propos de l'électrolyse ; l'auteur, qui n'a pas encore d'opinion à ce sujet, est d'avis qu'une appréciation soigneuse, prolongée et impartiale de la nouvelle méthode est absolument nécessaire.

L'hypertrophie prostatique est étudiée dans quatre leçons : il est d'avis dans les cas d'obstruction prostatique presque complète et complète, de créer à la région hypogastrique un urèthre contre nature, comme l'a fait aussi récemment notre collègue et ami le professeur Poncet, de Lyon, de manière à faire uriner les malades par un orifice susubien.

Dans une série de leçons consacrées aux calculs veineux et à leur traitement, l'auteur passe en revue les méthodes actuelles de la thérapeutique, les tailles et la lithotritie. Un chapitre intéressant se rapporte au régime et à l'hygiène des malades qui sécrètent de l'acide borique en excès. Enfin les dernières leçons concernant l'étude des tumeurs vésicales, de leur traitement palliatif et curatif par les opérations de taille et enfin l'examen clinique d'une urine. Toutes nos félicitations au traducteur pour sa clarté et sa précision.

Dr Ed. Sawartz.

REVUE DES THÈSES

Traitement de la tuberculose articulaire et osseuse par l'emplâtre mercuriel, par M. le Dr Bresson (*Thèse de Paris*, 1889).

L'ancienne méthode de Scoot (1828), simplifiée et appliquée par M. Championnière, s'emploie actuellement de la façon suivante :

Mélange à froid de :

Cérat de savon camphré.....	40 gr.
Onguent mercuriel double.....	60 gr.

Pour préparer le cérat de savon camphré, on fait cuire le vinaigre avec de la litharge sur un feu doux jusqu'à ce qu'ils fassent corps ensemble, on ajoute le savon ; on fait cuire jusqu'à disparition de toute humidité; on mélange alors au tout la cire fondue dans l'huile et remuée avec elle.

La pommade mercurielle est indiquée, d'après M. Championnière, non seulement pour les tumeurs blanches, mais encore pour les ostéites, et comme traitement complémentaire dans les opérations chirurgicales, pratiquées dans les affections tuberculeuses des os : grattages, curages, résection. Ces opérations si souvent incomplètes et menacées de récidives, se terminent presque toujours par la guérison définitive, lorsqu'on a soin, après la cicatrisation de la plaie cutanée, d'envelopper la région malade d'un emplâtre mercuriel qu'on renouvelle tous les quinze jours.

Ed. Arnoult.

CHRONIQUE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

I. *La monture des médecins de réserve. — Cavaliers ou fantassins ? — II. L'alimentation du soldat. — Les aptitudes militaires d'un professeur de clinique.*

I. — Il se trouve toujours des gens pour discuter sur la valeur tactique des Amazones. C'est une manière comme une autre de passer le temps quand on ne sait que faire. En manière de variations, le *Progrès militaire* et l'*Avenir militaire* viennent de reprendre ce thème sur un nouveau ton.

Il s'agit de chevaux, de cavaliers et..... de nos confrères civils que la loi a faits réservistes. Iront-ils à pied ? Iront-ils à cheval ? Grave problème que l'on croyait résolu, et que ces deux feuilles discutent à nouveau et contradictoirement.

L'autorité militaire a décidé, depuis quelques années, que dans les corps de troupes, les médecins de tout grade seront toujours montés. Tous à cheval.

Point de doute pour ceux du cadre actif. Et ceux de la réserve ? La décision ministérielle n'est point formelle sur ce point, dit-on. Cependant, on l'avouera, toute excep-

Digitized by Google

tion eût été illogique, car c'est dans l'armée mobilisée plus encore que durant la paix, que les médecins doivent suivre les colonnes, parcourir leurs flancs et visiter les soldats au cantonnement. Une solution affirmative était nécessaire, seulement son exécution soulevait quelques difficultés.

Esculape n'a point pour habitude d'enfourcher Pégase. C'était un obstacle au recrutement des médecins, tout à la fois réservistes et cavaliers. La septième direction résolut la difficulté et affecta de préférence aux corps de troupes, nos confrères ruraux, qui, plus souvent que les citadins, pratiquent l'équitation.

Cette solution paraissait de nature à satisfaire tout le monde. Erreur ; et voici que le *Progrès militaire* entend remettre en discussion la question que l'on croyait close. Que faire? Proposer l'adoption de voitures médicales, et, d'après le rédacteur de ce journal, placer sur leur siège le médecin de réserve, étrange moyen d'augmenter le prestige de l'uniforme, en faisant asseoir cet officier à côté du conducteur. Quelle posture! En tout cas, l'idée était plus ingénieuse qu'heureuse ; les médecins réservistes n'iraient plus ni à pied, ni à cheval, ils iraient tous en voiture.

Cette argumentation n'a pas satisfait, cela s'explique, l'*Avenir militaire* qui la combat. Le *Progrès militaire* a donc voulu la justifier, en invoquant l'exemple de l'Allemagne.

Dans l'espèce, l'exemple est mal choisi, car en ce moment même, le grand état-major allemand vient de décider que les médecins de corps, qui doivent être montés seulement durant la guerre, auront désormais droit à cette monture, durant les marches et les manœuvres du temps de paix.

D'ailleurs, cette voiture médicale que l'on propose, et que les Allemands abandonnent, s'oubliait parfois, — ce qui se comprend — dans les champs, versait assez souvent et ne pouvait suivre les troupes dans leurs évolutions.

Il faut chercher une autre solution. Puisque l'équitation est nécessaire aux médecins de réserve des corps de troupes, on peut la leur enseigner pendant l'année de service obligatoire auquel la loi les astreint. Au lieu de développer chez les étudiants en médecine les menus talents d'un infirmier, et de leur enseigner le maniement de la pompe à incendie ou l'art de figurer correctement dans un peloton de propreté, qu'on les initie donc aux exigences du service en campagne et au maniement du cheval : Ce sera le moyen de laisser au *Progrès militaire*, ses fameuses voitures de mettre les médecins à même de ne pas « se casser le cou » — si j'emploie les expressions de ce journal, — et « de ne pas arriver éreintés, au gîte. »

Devenue autonome, la Direction du service de santé fera, nous l'espérons, triompher ces réformes et prévaloir des idées pratiques. Ainsi la question des Amazones se trouvera enterrée et, du moins, pour un temps, on n'en parlera plus.

II. — L'invasion de la presse, qui n'est pas médicale, dans le domaine de la médecine militaire, est l'occasion d'étranges quiproquos.

A quelques jours de distance, le *Petit Parisien* et le *Temps*, je cite mes auteurs, viennent de le prouver. Le second surtout, s'est livré, par la plume du général Thoumas, au doux plaisir de l'exercice de la médecine sous la forme exceptionnelle d'une consultation d'hygiène militaire.

Il s'agit de l'*alimentation du soldat*, une question intéressante pour tout le monde en ce temps de service militaire universel. D'habitude, on la traite en s'appuyant sur les travaux des hygiénistes militaires, et dans ce but cet officier supérieur, plus habitué à manier les troupes qu'à écrire sur la physiologie, aurait pu trouver dans les *Archives de médecine militaire*, des documents décisifs pour éclairer sa religion sur ce point.

M. Thoumas ne s'adresse pas à ces sources : Il va à l'Hôtel Dieu, un hôpital qui n'a rien de militaire, et il y trouve un professeur de clinique dont, paraît-il, les aptitudes stratégiques sont extraordinaires.

Quelle découverte ! Vraiment on ne s'attendait guère à voir le nom, la personne et les travaux de M. G. Sée figurer en cette affaire. M. Thoumas nous apprend à nous autres ignorants que nous sommes, que le *Régime alimentaire* de ce professeur contient des notions inédites sur la ration du soldat. Il nous apprend encore, avec une touchante candeur, qu'il n'a pas été surpris de voir — « son très savant ami traiter ce sujet. » — Merci, mon général, de votre révélation. Désormais nous connaissons les instincts militaires du professeur qui enseigne au pied de Notre-Dame. Vraiment, il eût été fâcheux d'ignorer plus longtemps les petits talents d'un clinicien chez lequel la discrétion est une incorrigible habitude et la modestie une vertu cardinale.

Pour compléter ces révélations, vous auriez pu, mon général, nous apprendre en quel temps et en quel lieu ce conscrit de 71 ans a commencé son éducation d'hygiéniste militaire. Serait-ce au Palais de Saint-Cloud. Serait-ce à la table de l'empereur où, comme il en faisait récemment la confidence à un rédacteur du *Journal de la santé*, il eut — « l'honneur d'être retenu à déjeuner » au printemps de l'année 1870. Quel titre de recommandation !

Voyez-vous, mon général, à chacun son métier; *ne sutor ultra crepidam* : autrement les quiproquos sont inévitables et vous vous exposeriez, ce qui serait peut-être fâcheux, croyez-le bien, à confondre le général Germain Sée avec le professeur de clinique Thoumas.

K. D.

LE TRAITEMENT DES MALADIES (1)

Traitement de la congestion pulmonaire hémoptoïque d'origine grippale. — Quels sont les moyens de la traiter cette complication de la grippe ?

1° On prescrira d'abord des ventouses sèches souvent répétées, et même des ventouses scarifiées, sur la poitrine, à sa base et sur les membres. Appliquer de larges cataplasmes sinapisés, fréquemment renouvelés en dedans des cuisses, aux mollets, etc.

2° Pratiquer deux ou trois fois par jour, une injection

(1) Sous ce titre nous insérerons désormais des articles de pratique médicale et chirurgicale courante, tout en continuant de publier le Formulaire des praticiens, avec lequel ils ne feront pas double emploi.

Digitized by Google

d'ergotine, ou mieux d'ergotinine à la dose de V à VI gouttes chaque fois.

3° Si le cœur et les forces du malade faiblissent, pratiquer alternativement trois à quatre fois par jour, des injections sous-cutanées d'éther et de caféine.

4° Pour modérer les poussées fluxionnaires, on doit employer de bonne heure l'*ipéca* qui agit — en déterminant, suivant Pécholier, une tendance à l'anémie pulmonaire.

On peut employer l'ipéca, soit à dose massive sous forme de vomitif, soit à doses réfractées d'après cette formule :

Poudre d'ipéca.....	1 gramme.
Extrait thébaïque.....	0,10 centigr.

Pour 20 pilules. Prendre 3 à 5 pilules par jour.

On peut encore remplacer cette préparation par la poudre de Dower qui a une triple action, en raison des quantités d'ipéca, de nitrate de potasse et d'opium qu'elle contient; on y joint de petites doses de sulfate de quinine d'après cette formule :

Poudre de Dower.....	2 grammes.
Sulfate de quinine.....	1 gramme.

Pour 20 cachets. Prendre 4 cachets par jour.

Si les crachats hémoptoïques persistent, remplacer ces préparations par les « *pilules hémostatiques* » dont je donne ainsi la formule :

Sulfate de quinine.....	ãã ½ gr.
Extrait aqueux d'ergot de seigle.....	

Pour trente pilules. Prendre huit à dix pilules par jour.

On peut encore employer les pilules *hémostatiques composées* :

Sulfate de quinine.....	ãã 3 gr
Extrait aqueux d'ergot de seigle.....	
Poudre de digitale.....	ãã 0. 30 cent.
Extrait de jusquiame.....	

Pour trente pilules. Prendre 4 à 6 pilules par jour.

Enfin si ces divers moyens échouent, il est quelquefois nécessaire d'avoir recours aux préparations de tannin qu'on peut employer soit sous forme pilulaire, soit sous forme liquide d'après la formule suivante:

Tannin à l'alcool.....	2 grammes.
Eau distillée.....	100 —

une cuillerée à café toutes les deux heures.

5° Faut-il pratiquer des saignées? Oui, dans les cas graves, en ayant soin de toujours soutenir les forces du malade en prescrivant de l'alcool sous forme de grogs, ou encore sous forme de potion de Todd, et en ayant soin d'ordonner plusieurs injections d'éther et de caféine après la saignée générale. On voit des améliorations considérables et souvent des guérisons presque inespérées survenir après une émission sanguine générale dont l'indication avait été bien saisie. On ne doit pas retirer à la fois plus de 150 à 300 grammes de sang.

6° Faut-il appliquer des vésicatoires? Non, la plupart du temps, ils sont plutôt nuisibles qu'utiles. Il faut formuler les réserves que Graves établissait autrefois. « Lorsque la maladie est très violente, disait-il, les vésicatoires ne produisent que des résultats douteux ; souvent même ils ajoutent aux souffrances du malade, sans modifier en rien les symptômes pulmonaires, ni la dyspnée ; cette impuissance des vésicatoires est une des particularités les plus remarquables de l'histoire de la grippe ; pour moi, j'y ai complètement renoncé ».

7° Faut-il insister sur les expectorants? On doit les employer avec modération, et cela toujours dans le but de ménager les forces du malade. C'est la raison pour laquelle, il ne faut jamais avoir recours au tartre stibié, et n'employer que des doses faibles de kermès (0,05 cent à 0,010 cent.) Du reste dans cette forme de la maladie, les expectorants sont le plus souvent inutiles et même contre-indiqués, à l'exception de l'ipéca. Lorsque une indication formelle de les employer se présente, il est préférable de recourir à cette préparation :

Poudre de Dower.....	2 grammes.
Poudre de scille.....	1 gramme.

Pour 20 cachets. Prendre 3 à 5 cachets par jour.

8° Faut-il prescrire des purgatifs? Oui, surtout s'il y a des symptômes d'embarras gastrique, et dans tous les cas, il faut combattre la constipation par l'emploi de pilules aloétiques (pilules *ante cibum*, grains de santé, etc.) On peut encore avoir recours à des purgatifs ou laxatifs doux comme le calomel, à la dose de 0,30 à 0,60 centigrammes.

HENRI HUCHARD.

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

Tumeur du scrotum

Pontivy, 29 Décembre 1889.

Récemment je confessais dans ce journal une erreur de diagnostic: en voici une autre. Ces aveux répétés ne sont pas faits pour flatter mon amour-propre ; mais s'ils peuvent être utiles à d'autres, je serai... humilié et content. — Publier un succès, c'est conduire le lecteur droit au but, sans même lui laisser le plus souvent soupçonner les fautes ou les dangers à travers lesquels il a fallu diriger son diagnostic et son bistouri. Une méprise, un revers signalé, c'est une balise sur un écueil.

Un paysan de 65 ans, confiant en mes lumières, me fait un jour appeler au fond de son village. Il y avait plus d'un an que le côté gauche de son scrotum avait commencé à enfler, six mois après, la tumeur, sans effort apparent, augmentait subitement de volume ; elle fut alors aussi grosse qu'une tête d'enfant. Il ne survint ni vomissements ni constipation, quelques douleurs seulement dans la région intéressée, et de légères coliques. Le patient garda le lit, on lui mit des cataplasmes, et au bout de 15 jours, la tumeur avait repris ses dimensions primitives, la grosseur du poing.

Mais à partir de ce moment, des accidents analogues se renouvelèrent à peu près tous les mois, cédant d'ailleurs régulièrement à la même thérapeutique.

Enfin, dernièrement, le malade, baissé pour couper de l'herbe, avait tout à coup senti une vive douleur depuis l'aine jusqu'au fond des bourses, et en même temps un poids plus lourd lui révéla qu'une masse nouvelle venait d'envahir la poche.

Il fallut s'aliter comme d'habitude, seulement, cette fois, la fièvre s'alluma, avec des nausées, de l'anorexie, des coliques, du météorisme et de la constipation. En quel-

Digitized by Google

quelques jours, tous ces symptômes s'évanouirent encore, sauf le gonflement des bourses.

C'est alors, deux semaines après le début des accidents que, les draps relevés, m'apparut cette tumeur « comme une énigme à deviner. » Elle égalait presque le volume d'une tête d'adulte, et, suivant l'expression du malade, elle pesait comme du plomb. De forme globuleuse, elle s'amincissait en haut pour se continuer dans toute la longueur du canal inguinal, par un boudin mollasse, gros comme trois doigts réunis. Plus loin, on perdait sa trace. Peau saine, non adhérente, de couleur ordinaire. La consistance était-elle plutôt dure que pâteuse ou élastique? Il était difficile de le préciser. Pas de fluctuation, ni de transparence, matité absolue, testicule introuvable, efforts de taxis complètement vains. Première question à résoudre : cette tumeur du scrotum était-elle autochtone ou immigrée? Une certaine corde, célèbre depuis Velpeau, marquait la trace de son passage à travers le canal inguinal, elle était donc descendue de l'abdomen. Et ne sait-on pas que ce qui pend toujours au bout de la corde de Velpeau, c'est de l'épiploon? D'ailleurs n'est-ce pas toute la symptomatologie de l'épiplocèle que celle dont je viens d'esquisser les principaux caractères? Épiplocèle adhérente dès l'origine, et de volume médiocre, soumise dans la suite à des poussées intermittentes par irruption de nouvelles pendeloques de viscères, qui faisaient grossir le scrotum, s'enflammaient superficiellement, et finissaient, grâce au repos, par réintégrer leur domicile normal.

Quant à la phase actuelle, elle différait seulement des autres par des traits plus accentués : sortie *torrentielle* de l'épiploon; épiplocèle herniaire véritable; production de brides nouvelles : d'où l'irréductibilité définitive et totale de cette lourde masse.

Mon villageois, dur à son corps et partisan des situations tranchées, éprouvait un profond chagrin de ne pouvoir ni travailler à cause de son infirmité, ni en mourir. Aussi, apprenant que la science venait d'inventer pour des cas comme le sien une *Cure radicale*, fut-il brusquement transporté au comble de la joie; excellente posture pour un succès éclatant.

Succès en effet, mais après une opération sensiblement distincte de celle dont je m'étais d'avance tracé le programme. L'épiploon dans le sac, pas la moindre frange, mais du sang très-noir, d'énormes caillots fibrineux ou cruoriques. C'était une hématocèle à coque fibreuse, dont les parois mesuraient 2 à 3 millimètres d'épaisseur, et dont la surface interne, de couleur brunâtre, présentait une disposition grossièrement aréolaire. Cette pachyvaginale se terminait en haut par un infundibulum en cul de bouteille qui pénétrait jusqu'à moitié du canal inguinal. Ce qui remplissait l'autre moitié de ce canal était sans doute de l'épiploon.

Comme une peau d'orange qu'on décolle avec les doigts, je détachai la poche dans toute son étendue, même au niveau du testicule atrophié. A la partie supérieure seulement, la néo-membrane, en travers du trajet inguinal, y fut laissée pour servir de barrière à une hernie menaçante. Ligatures assez nombreuses au catgut; lavage antiseptique, hémostase absolue; drain, puis suture et pansement à la gaze iodoformée. La guérison fut complète en 12 jours, sans suppuration et sans fièvre.

Reclus dit qu'à propos de l'hématocèle, toutes les erreurs sont possibles et que toutes ont été commises. Ainsi, cette affection fut prise pour un sarcocèle (Dupuytren), pour un enchondrome (Cruveilhier), pour un testicule tuberculeux (Ricord), etc.; cependant il restait à la confondre avec une hernie. C'est fait. Cela m'arriva par un pseudo-pédicule qui est ma condamnation et mon excuse, et dont le souvenir, je l'espère, me gardera de la récidive.

Coupable le premier de ce *quiproquo* chirurgical, j'aurais du être le dernier à le commettre. En effet, le scrotum de ce paysan n'était pas un inconnu pour moi; je l'avais seulement perdu de vue. Naguère, dans mon cabinet, je l'avais palpé, « examiné avec une chandelle », « on voyait le jour à travers, » et j'avais même proposé de le « dégonfler » par une ponction. Tels sont les commémoratifs, à ses yeux sans importance, que mon opéré avait omis dans le récit de ses misères, et qu'il ne me rappela qu'après sa guérison, par hasard. Cette tumeur n'avait donc été, à une certaine période de son développement, qu'une hydrocèle, dans laquelle il *pleuvait* de temps en temps, et qui se *desséchait* par résorption. Un jour, le liquide épanché changea de nature : un gros vaisseau crevant aux parois fragiles de cette pachyvaginalite, inonda la poche de sang. Or, dans ces conditions, le sang conserve un volume constant (Lannelongue). Voilà pourquoi le séjour au lit dans la dernière crise n'amena pas le résultat accoutumé : capable de dissiper l'hyperémie ou même l'inflammation, il ne modifia en rien les dimensions d'une cavité pleine de sang, que je ne devais pas « deviner » du tout, et qu'« un mot mis en sa place » n'eût fait si facilement reconnaître.

Moralité : A défaut de la figure des gens, qui ne vous revient pas toujours, il est bon quelquefois de se rappeler *autre chose*.

Dr Langlais

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX

Séance du 27 décembre 1889.

Présidence de M. le Dr Cadet de Gassicourt.

M. Ferrand lit le discours qu'il a prononcé au nom de la Société, sur la tombe de M. le Dr Damaschino.

M. le secrétaire général lit le compte-rendu des travaux de l'année.

H. M.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 9 décembre 1889

Présidence de M. le Dr Michel Dansac

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté. La correspondance manuscrite comprend : une lettre de remerciements de M. Potherat, nommé membre titulaire dans la dernière séance. Une lettre de candidature au titre de membre associé de M. Cancalon, avec un travail à l'appui. (Influence pathogénique et hygiène de la puberté). Sont nommés rapporteurs MM. Duchenne et Christian. Une lettre de candidature de

Digitized by Google

M. Rabion, avec un travail à l'appui : (Souffles extra-cardiaques. Rapporteurs) : MM. Deligny et Philbert.

La correspondance imprimée comprend les publications habituellement adressées à la Société.

M. Deligny lit son rapport sur la candidature de M. Cazenave de la Roche. Conclusions favorables.

M. Fourrier fait une communication ayant pour titre **Mole hydatiforme et insertion vicieuse du placenta** (Voir : p. 5).

M. Michel est étonné que, dans l'observation de M. Fourrier, l'utérus n'ait pas été plus développé que dans une grossesse ordinaire. Il rappelle un cas qu'il a présenté à la Société, de môle hydatiforme très volumineuse. Chez cette malade il y avait une métrite concomitante qui ne fut pas soignée. La malade devint enceinte une seconde fois et rendit des vésicules, puis eût un enfant qui vit encore. Une troisième grossesse se termina également par une môle.

M. Fourrier fait une seconde communication ayant pour objet : **Diabète, glossite, ulcère de la langue.**

M. Philbert demande à M. Fourrier au bout de combien de temps après chaque saison de Vichy, le sucre réapparaissait chez son malade. A Brides, où M. Philbert soigne quelquefois les diabétiques, on voit souvent le sucre disparaître momentanément après la saison thermale, et revenir ensuite quand le malade reprend ses habitudes.

M. Fourrier répond que le sucre disparaissait environ pendant trois semaines après la cure de Vichy.

M. Philbert : Ce sont des cas de diabète alimentaire dans lesquels le sucre disparaît d'une façon intermittente, plutôt à la suite du régime qu'à la suite de la cure.

M. Deligny lit un travail sur le **psoriasis au point de vue étiologique.**

M. Cadet de Gassicourt fait une communication sur **l'action de l'antipyrine dans la fièvre typhoïde infantile** (v. p. 1).

M. Descroizilles constate que, d'après les statistiques que vient de fournir M. Cadet de Gassicourt, les services de l'hôpital Trousseau sont plus riches que ceux des Enfants-Malades. — Ainsi que l'a fait remarquer M. Cadet, la fièvre typhoïde est certainement bénigne chez les enfants. La thérapeutique a très peu de prise et la maladie marche généralement toute seule et guérit presque toujours.

Chez les enfants de 10 à 15 ans, M. Descroizilles a donné l'antipyrine (1 gr. 50 au plus) et n'a rien remarqué de particulier. Il en a été de même pour les bains froids, cette méthode (bains de 25, 28° de 8 à 10 minutes, 3 fois par jour) n'a pas donné de résultats appréciables. On peut en dire autant de toutes les autres médications, qui ne modifient pas sensiblement la marche de la maladie chez les enfants. — Assurément, les bains tièdes ou froids, donnés en dehors de toute complication pulmonaire, produisent un soulagement, un bien-être dans certains cas, et font baisser la température de 1,5 à 2, mais celle-ci remonte bien vite après le bain.

Dans la fièvre typhoïde infantile, M. Descroizilles n'a jamais dépassé 1 g. 50 d'antipyrine. Dans la chorée et la coqueluche il a donné 3, 4 et 5 gr., et n'a jamais observé d'action bien nette.

M. Cadet de Gassicourt. — Je n'ai jamais donné la dose de 2 gr. d'antipyrine que chez les enfants de plus de 10 ans.

M. Huchard rappelle qu'il a été un des premiers à insister en France (1884) sur les propriétés antithermiques de l'antipyrine, et a apporté des observations de fièvres typhoïdes traitées par ce médicament. — A Lyon, M. Clément traite la fièvre typhoïde par l'antipyrine qui donne tout aussi bons résultats que le thermomètre en main, pour ainsi dire, comme tout les partisans de la méthode de Brand avec l'eau froide.

M. Huchard est de l'avis de M. Cadet en ce sens que l'antipyrine n'a pas une action sur l'ensemble de la maladie, mais en agissant sur l'hyperthermie et ses conséquences, elle modifie déjà des phénomènes importants.

On ne peut juger l'effet de l'antipyrine chez les enfants, car la maladie guérit presque toujours, ainsi que l'a dit M. Descroizilles. Mais chez les adultes, il n'en est pas de même, et on obtient de très bons résultats, surtout en associant le sulfate de quinine à l'antipyrine.

M. Cadet de Gassicourt. — Le Dr Laur, de Lyon, le Dr Monteverde ont fait des travaux sur l'antipyrine chez les enfants, et comme eux j'ai voulu seulement en montrer les avantages dans certains cas.

M. Fourrier rappelle un travail de M. Albert Robin, qui, se basant sur les analyses d'urines, démontre que l'antipyrine est irrationnelle dans la fièvre typhoïde.

M. Roussin demande à M. Cadet s'il n'a pas observé d'éruption chez ses enfants avec l'antipyrine.

M. Cadet de Gassicourt répond qu'il n'en a observé que dans des cas de chorée, alors qu'il donnait 4 et 5 gr. Du reste, cette éruption n'a pas de valeur.

En réponse à M. Fourrier, il ajoute qu'il faut se défier des théories qui sont souvent changeantes et que la thérapeutique ne saurait prendre comme bases. Le charbon et le naphtol, qui étaient si bien indiqués en théorie dans la dothiénentérie, n'ont pas donné, en pratique, ce qu'on attendait d'eux. Au contraire, l'antipyrine n'est nullement nuisible en pratique.

M. Huchard appuie l'opinion de M. Cadet de Gassicourt au sujet du naphtol qui, admirable en théorie, ne donne absolument rien en pratique au point de vue de la désinfection.

M. Huchard demande à M. Cadet de Gassicourt qu'il a remarqué que, dans les cas de complications réelles, l'antipyrine avait été mal supportée. Il voudrait également savoir si la fièvre typhoïde observée chez trois jeunes enfants, de 3 à 4 ans, est très grave ?

M. Descroizilles. — La fièvre typhoïde du très jeune âge, avant 5 ans, est plus sérieuse qu'après 5 ans ; mais on ne peut pas dire pour cela qu'elle soit très grave d'une façon générale.

M. Cadet de Gassicourt n'a jamais employé l'antipyrine quand il y avait complication rénale. Il ne saurait donc répondre à ce sujet à M. Huchard.

Quant à la gravité de la fièvre typhoïde dans le très jeune âge, il est du même avis que M. Descroizilles. La maladie n'est pas si grave qu'on le croit habituellement. Du reste, il n'y a pas très longtemps que l'on fait le diagnostic de la fièvre typhoïde dans le très jeune âge, de sorte que le jugement pronostique porté jusqu'à présent était plutôt une affaire d'impression que de statistique exacte.

M. Reliquet demande à M. Huchard s'il a observé des accidents du côté des reins à la suite de l'emploi du naphtol.

M. Huchard répond que non. Au sujet des agents de désinfection de l'intestin dans la fièvre typhoïde, M. Huchard conseille de substituer le salicylate de magnésie au salicylate de bismuth.

Digitized by Google

M. Gazenave de la Roche est nommé membre correspondant.

Le Secrétaire.
Dr Paul Blocq

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 31 décembre)

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

Du surmenage intellectuel. — M. Brouardel fait connaître les réformes votées par le Conseil de l'instruction publique. La durée du travail a été modifiée. Pour les enfants de 7 à 8 ans, elle a été réduite à 6 heures au lieu de 10 heures. Même résultat pour les enfants de 9 à 10 ans. Pour ceux de 11 à 13 ans, la durée du travail sera de 8 heures au lieu de 10; pour les enfants de 14 à 15 ans, elle sera, au lieu de 12 heures, de 10 heures en hiver, de 10 heures 1/2 en été. Pour les enfants de 16 à 17 ans, la durée sera la même au lieu d'être de 12 à 13 heures.

Pour les élèves de mathématiques spéciales, il n'y a pas de changement. La veillée est supprimée. Si on n'a pas pu obtenir une réduction plus grande, cela tient aux exigences des programmes.

Les exercices gymnastiques deviennent obligatoires pour tous les élèves internes. La sanction de ces exercices sera la même que pour les autres cours.

La durée du sommeil sera au minimum de 10 heures pour les enfants au-dessous de 15 ans, et de 9 heures pour ceux au-dessus de cet âge. Ces réformes, dit M. Brouardel, ne sont pas aussi grandes qu'on l'aurait désiré, mais il était prudent de ne pas demander trop, sous peine de voir tout échouer.

M. Rochard dit qu'on a obtenu plus qu'il n'osait l'espérer.

Prophylaxie de la tuberculose. — M. G. Sée revient sur la question de la contagion de la phtisie. Pour lui, le seul agent de propagation véritablement dangereux, c'est le crachat des malades. Aussi le seul moyen prophylactique consiste à empêcher ces crachats de se réduire en poussière et de se disséminer dans l'air. Les malades doivent cracher dans un crachoir rempli d'eau qui sera nettoyé chaque jour. L'homme atteint de phtisie n'est pas dangereux par lui-même : il ne l'est que par ses crachats.

Quant au lait, M. G. Sée fait ressortir l'impossibilité de le donner toujours bouilli, comme le veut la commission. D'abord le lait est un agent très peu puissant de propagation pour la phtisie. A Munich, on a constaté que si, sur 40 vaches, une d'elles est tuberculeuse, on peut trouver les bacilles dans le lait. Mais si on mélange ce lait tuberculeux avec le lait de vaches saines, on ne trouve plus de bacilles. Enfin, l'orateur insiste sur ce bienfait bien connu, — et très banal! — la nécessité de fortifier les malades prédisposés à contracter la phtisie par le séjour au grand air.

Renouvellement partiel des Commissions permanentes pour l'année 1890. — *Epidémies* : MM. Bouchard, Cornil et Bucquoy. — *Eaux minérales* : MM. Rochard et Bouchardat. — *Remedes secrets* MM. Leroy de Méricourt et Jungfleisch. — *Vaccine* : MM. Hervieux et Trasbot. — *Comité de publication* : MM. Larrey, Le Fort (Léon), Empis, Bucquoy et Gariel

F. R.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A nos lecteurs. — Une année qui s'en va, une année qui arrive. — L'influenza est-elle contagieuse? — L'exercice de la médecine par les étrangers. — Un épilogue à la grève des médecins de Rodez et de Marcillac.

Je ne veux pas terminer l'année 1889 et commencer celle où nous entrons, sans exprimer, au nom de toute la Rédaction du *Journal des praticiens*, des remerciements sincères à nos fidèles lecteurs. Certes, il nous eût été doux de répondre individuellement à chacune des lettres bienveillantes, que dans ces dernières semaines surtout, ils nous ont fait l'honneur de nous adresser.

Ces chaleureuses sympathies sont un encouragement à poursuivre avec une constante énergie le but que tous nous avons résolu d'atteindre : Directeur, Comité de Rédaction et Rédacteur en chef, tous unis par une cordiale entente ; tous marchant la main dans la main ; tous, enfin, pénétrés de reconnaissance pour nos lecteurs anciens et nouveaux, je veux dire pour nos amis d'hier, pour nos amis d'aujourd'hui et j'ajoute volontiers, pour ceux toujours plus nombreux qui seront nos amis demain.

C'est à chacun d'eux que j'aurais voulu répondre, mais qu'ils me pardonnent et qu'ils prennent chacun une part des remerciements collectifs que, par ma plume, nous nous faisons un honneur de leur exprimer.

Il y a trois ans : ce journal était un nouveau-né. Des âmes charitables — une entre autres — n'y en a-t-il pas toujours auprès d'un berceau? — le déclara un mort-né. C'était une erreur de diagnostic aussi magistrale que la chaire de celui qui la commettait. Le mort-né est cependant vivant, bien vivant, très vivant. Il a grandi, il s'est aguerri, il a maintenant toutes ses dents. Je crois même, n'est-ce pas, qu'avec une indépendance absolue, il a su s'en servir et mordre ; et j'ai tout lieu de penser qu'au besoin il saura toujours le faire.

A quatre ans on sait marcher ; nous marchons et nous marcherons de plus en plus dans cette voie d'amélioration, de progrès et d'honnêteté scientifique où nos lecteurs, — nous sommes fiers de leur approbation — nous engagent si vivement à persévérer.

Me demandez-vous un programme pour l'année 1890 ? Des actes et non des promesses : le voilà. On verra bientôt comment nous entendons le réaliser.

***

Ceci dit : revenons à la grippe. Inutile je pense de de vous entretenir de ses progrès, les journaux politiques s'acquittent assez de ce soin.

L'épidémie est générale, tous nos confrères d'Europe, peut-être même d'Amérique, en sont les témoins.

Jusqu'ici, d'ailleurs, elle n'a pas donné lieu à des observations bien inédites. Les cas de pneumonie et de

Digitized by Google

bronchites se sont multipliés. On le constate à Berlin, on le constate à Paris. Les statistiques officielles dissimulent mal l'augmentation inévitable des décès sous le nom de bronchites aiguës, de broncho-pneumonies, ou de pneumonies. Enfin après avoir écouté les orateurs optimistes, l'Académie elle-même écoute les orateurs pessimistes.

Bref, on se fait une opinion plus exacte de la maladie.

Une question semble se poser plus nettement que par le passé, je veux parler de la contagiosité de la maladie.

Hirsch avait signalé l'immunité des religieux cloîtrés et l'importation de la maladie dans les grandes agglomérations scolaires ou industrielles. C'était un argument en faveur de la contagion.

Aujourd'hui on en produit d'autres. A Montpellier, le premier cas de grippe observé par M. Grasset est celui d'une personne arrivant de Paris et ayant, les jours précédents, fréquenté les magasins du Louvre.

A Paris on a remarqué dans les corps de troupe que les officiers en contact avec la population civile ont été atteints avant les soldats. Est-ce à dire que ceux-ci auraient été contaminés par ceux-là ?

Le quartier de cavalerie de l'Ecole militaire a été atteint le premier, dit-on, et cette caserne, ajoute-t-on, est celle qu'habitent la plupart des ordonnances des officiers sans troupe. Ces soldats sont donc en contact plus direct avec les habitants.

Enfin : voici un autre fait. Il y a quatre semaines avant la généralisation de l'épidémie à Paris ; dans une famille composée de six personnes j'ai vu la grippe débuter après l'arrivée dans cette famille, d'une personne venant de Saint-Pétersbourg où la maladie régnait déjà.

Ce sont là des documents; toute conclusion serait prématurée ; mais il y aura lieu d'en tenir compte dans les discussions qui, probablement, s'ouvriront bientôt sur la contagiosité de la grippe.

***

Cette épidémie ne doit pas faire oublier les questions d'intérêt professionnel. La grippe passe ; mais les médecins restent et sont toujours victimes des mêmes abus.

Dans leurs lettres, plusieurs de nos lecteurs, qui exercent sur le littoral méditerranéen, énumèrent les abus qui ont pour fauteurs des praticiens de nationalité étrangère dont la situation universitaire laisse plus ou moins à désirer ; preuves nouvelles en faveur de l'opportunité de la décision ministérielle dont nous avons parlé dans nos derniers numéros et qui a causé, cela s'explique, une émotion aux bénéficiaires d'une tolérance aussi scandaleuse.

Les réclamations des médecins français datent de loin. Les stations hivernales et thermales, Paris et nos grandes villes sont la terre promise pour ces irréguliers de la profession.

Il y a quelques mois, on répondait aux plus légitimes protestations : — « Prenez patience ; attendez, l'Exposition Universelle ouvre ; votre cause est équitable, mais « point de mesures intempestives. » — C'était répéter sur l'air de la « Dame blanche » : Prenez garde, prenez garde, l'Exposition nous regarde.

On a pris patience et garde ; maintenant l'Exposition est fermée ; le prétexte a disparu ; le refrain s'en est allé et cependant nos Esculapes de circonstance songent moins que jamais à nous quitter, et les Juifs-Errants de la médecine internationale deviennent chaque jour plus nombreux.

Ce n'est pas, à coup sûr, pour monter sur la tour Eiffel qu'ils s'installent à Paris, ni pour visiter le littoral, qu'ils émigrent sur les rivages méditerranéens. On en trouve la démonstration dans les colères que motive parmi eux la circulaire ministérielle.

Elle est cependant bien modeste, cette petite circulaire, si modeste même que, elle risquerait d'être déjà en oubli, si la presse n'en avait point parlé. — Les médecins français ont donc pour devoir de réclamer l'exécution intégrale de la loi et de défendre des intérêts qui sont les leurs, tout autant que ceux de l'Etat.

Et d'ailleurs la plus élémentaire justice ne l'exige-t-elle pas ? Entre un médecin diplômé en Amérique ou en Angleterre, et les médecins français, les charges ne sont point égales. Ces derniers ont versé au Trésor une rétribution universitaire élevée pour leurs frais d'études, d'examens et de diplôme.

Étudiants, ils sont soumis à des obligations militaires que les élèves en médecine anglo-américains ne connaissent pas. Praticiens, l'armée les réclame jusqu'à l'âge de 45 ans. C'est un honneur : oui, nous en convenons ; mais on conviendra avec nous que si la patrie leur impose de si grands sacrifices, l'État leur doit au moins la compensation de ne point apprendre que, durant leur séjour sous les drapeaux, leur clientèle, c'est-à-dire leur fortune, devient la proie des étrangers.

Il est à désirer que nos confrères menacés, unissent leurs efforts à Paris comme en province. Ici l'Union des Sociétés médicales des arrondissements de Paris a pris l'initiative de ces tentatives, nous espérons qu'on secondera ses efforts. Demander l'exécution de la loi, rien que la loi, mais toute la loi, cela suffit pour l'heure actuelle et avant le vote toujours promis des projets parlementaires dont on parle depuis si longtemps pour les ajourner sans cesse.

Je ne quitterai pas le terrain professionnel sans signaler le succès que nos confrères de Marcillac viennent d'obtenir devant le tribunal de Rodez. De même que pour nos confrères de cette ville ; le jugement d'appel les relève des condamnations prononcées contre eux.

Je les félicite à nouveau de cette courageuse énergie et en cette semaine qui est celle des souhaits, j'émets le vœu de voir leur exemple devenir contagieux ou du moins... pan-

Digitized by Google

démique... dans le corps médical tout comme la grippe : *Audaces fortuna juvat.* Ch. ELOY.

P. S. — Au moment de mettre sous presse nous avons indirectement connaissance du rapport que le *Journal Officiel* publiera demain, et que l'Inspecteur des services sanitaires adresse à M. le Ministre de l'Intérieur.

Le temps manque pour apprécier les considérants de ce document. Si la *donna e mobile*, la science officielle ne l'est pas moins, et après la lecture de ce rapport, je constate que la dernière victime de l'influenza est donc... l'optimisme de M. Proust!

Souvent femme varie ; bien fol qui s'y fie. Ch. E.

INFORMATIONS

PARIS

Académie des sciences. — *Lauréats des prix décernés en* 1889. *Académie et zoologie*: grand prix des sciences physiques partagé entre MM. J. Henneguy et Roule. — Mentions honorables : MM. de Beauregard, E. Maupas et l'auteur du mémoire portant pour épigraphe : « C'est là ce qui m'a décidé et..... »

Médecine, chirurgie. — Prix Montyon: trois prix à MM. A. Charrin, A. Kelsch et P.-L. Kiener et à M. Basile Danilewski. — Trois mentions honorables : à MM. F. Widal, Ch. Sahourin et Jules Arnould. — Des citations sont accordées à MM. Ad. Nicolas, Jules Boeckel, A. Rémond (de Metz), Barette et Lepage et à M. H.-L. Petit. — Prix Bréant; M. Laveran.

Prix Barbier: partagé entre MM. E. Duval, Ed. Heckel et F. Schlagdenhauffen. — Prix Godard M. A. Le Dentu. — Mention très honorable : M. Th. Tuffier.

Prix Lallemand : M. Paul Loye.

Prix Bellion : partagé entre MM. F. Lagrange. Laborde et Magnan. — Prix Mège : les intérêts de la fondation sont accordés, à titre d'encouragement à M. le docteur Auvard.

Physiologie. — Prix Montyon ; M. A. d'Arsonval. — Mention honorable ; M. G. Moussu.

Prix L. La Caze : M. François Franck.

Prix Pourat. MM. les docteurs Johannes Gad et J.-F. Heyman.

Prix Martin-Damourette : M. J.-V. Laborde.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Nomination dans le corps de santé de la marine. (24 décembre 1889). — Au grade de médecine de deuxième classe. M. le Dr *Tricard*, médecin auxiliaire de deuxième classe.

Nominations dans le corps de santé militaire (Réserve). *Au grade de médecin principal de* 1re *classe.* — M. Chabert, méd. princip. de 1re cl. de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin aide-major de 2e *classe.* — MM. Bresson, Chartier, Cornet, Michel, Sebileau, Dupont, Plicque, Brunet, Auché, Chaleix, Berry, Widal, Douillet, Lesage, Robin, Joubert, Caylus, Deney, Viaud, Rougier, Méry, Martin, Bourgeois, Loysel, Teulières, Casabianca, Caubet, Hédon, Chauvet, Schrœder, Lesur, Meusy, Specker, Dumur et Fistié.

(Armée territoriale). *Au grade de médecin aide-major de* 1re *classe.* — (2e corps d'armée). MM. Lecygne, Roeser, Tison, Vissaguet, Labitte, Picard, Baronnet, Neubauer, Broquet, Decourtieux et Ferrand. — (15e corps d'armée). M. Salles. — (16e corps d'armée). — MM. Laurens, Ecoiffier, Théron, Deydé, Teulat, Thaubet, Paoli, Galangau, Calvet, Tournié et Jocaveill.

Au grade de médecin aide-major de 2e *classe.* — MM. Derode, Wins, Danhier, Barban, Boiron, Wuriz, Lavilt, Dieudonné, Martres, Chrétien, Mullot, Texler, Martha, Potherae-Boutarel, Crouslé, Bouyges, Pallier, Bataillard, Bosselut, Chebrac, Récamier et Perron.

(Activité). *Au grade de médecin-major de* 2e *classe.* — M. Pint, méd. aide-maj. de 1re cl. au 3e rég. de tiraill. algériens.

Au grade de médecin principal de 1re *classe.* — M. Ducheminé en remplacement de M. Paoli, retraité ; maintenu à son poste actuel de directeur du service de santé de la division d'Oran.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. Josien, en remplacement de M. Durant, retraité ; désigné pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Grenoble ; — Laurens, en remplacement de M. Duchemin, promu ; maintenu provisoirement à son poste actuel de médecin chef de l'hospice mixte de Châlons-sur-Marne.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. Mercier, en remplacement de M. Letellier, mis en non-activité pour infirmité temporaire ; maintenu au 90e d'infanterie ; — Albin, en remplacement de M. Boucher, retraité ; maintenu au 140e d'infanterie ; — Billot, en remplacement de M. Amat, retraité ; désigné pour le 46e d'infanterie ; — Ebstein, en remplacement de M. Josien, promu ; maintenu au 67e d'infanterie ; — Landriau, en remplacement de M. Laurens, promu, désigné pour le 36e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Vogelin, en remplacement de M. Bréau, mis en non-activité pour infirmité temporaire ; maintenu au 23e d'infanterie ; — Dupeyron, en remplacement de M. Robert ; mis en non-activité ; maintenu au 93e d'infanterie ; — Chameroy, en remplacement de M. de Voisins, mis en non-activité pour infirmité temporaire ; maintenu au 67e d'infanterie ; — Clavelin, en remplacement de M. Mercier, promu ; maintenu au 62e d'infanterie ; — Levêque, en remplacement de M. Alban, promu ; désigné pour le 7e bataillon d'artillerie de forteresse ; — Dumontier, en remplacement de M. Billot, promu ; maintenu au 136e d'infanterie ; — de Poul de Lacoste, en remplacement de M. Ebstein, promu ; désigné pour le 134e d'infanterie ; — Galibern, en remplacement de M. Evesque, réformé ; maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Oran.

NÉCROLOGIE

A Paris : MM. les Drs *Damaschino*, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; *Frere* (de Paris), *Gabriel* (de Haroué), *Jennequin* (d'Avize) *Augry-Laudonniere* (de l'Isle-Jourdain) et *Desjardin de Marinville* (de Paris).

En Russie : M. *Botkine* professeur à l'Académie militaire de Saint-Pétersbourg, décédé à Cannes et dont la notoriété nous dispense d'insister sur ses travaux importants : *Clinique médicale et clinique interne, Cours de clinique médicale des maladies du cœur, De la fièvre, etc., etc.*. Il avait été l'un des défenseurs des droits de la femme à participer à l'enseignement médical.

M. le Dr *Dobroslavine*, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Saint-Pétersbourg.

En Suède : M. le Dr *Heymann* (de Stockholm).

Le Directeur-Gérant. Henri HUCHARD.

Paris. — Imprimerie Décombre, 326, rue de Vaugirard.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE — N° 2 — 9 JANVIER 1890

REVUE GENERALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD. — RÉDACTEUR en CHEF : M. Charles ELOY

COMITÉ de RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGHOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIMBEL, SCHWARTZ.

AVIS. — Le plus grand nombre des abonnements expirant à la fin de l'année, l'Administrateur de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, prie instamment nos souscripteurs de lui faire parvenir par mandat-poste, le montant de leur renouvellement pour l'année 1890, afin d'éviter tout retard dans la réception du journal.

REVUE D'OBSTETRIQUE

I. *Des positions postérieures du sommet; conduite à tenir.* — II. *De l'abaissement prophylactique d'un pied dans les présentations du siége décomplété, mode des fesses.*

I. Des positions postérieures du sommet. Conduite à tenir. — La position occipito-iliaque droite postérieure est très-fréquente, puisqu'on la rencontre environ une fois pour trois ou quatre positions occipito-iliaques gauches antérieures. La gauche postérieure est beaucoup plus rare.

Tous les praticiens savent que la position occipito-iliaque droite postérieure, pour ne parler que de la plus commune, est souvent la source d'ennuis et de lenteur. Sans doute il ne faudrait pas partager le pessimisme des anciens qui, pour la plupart, rangeaient ces accouchements parmi les laborieux et les difficiles. Certainement dans l'immense majorité des cas, le travail va bien et pour la mère et pour l'enfant, et tout se termine à peu près aussi vite que dans le cas de la plus vulgaire des occipito-iliaques gauches antérieures. Mais assez souvent, et surtout chez les primipares, les choses se passent différemment, et l'accoucheur se trouve aux prises avec certaines difficultés. Il a constaté par exemple que la tête est dans l'excavation, que la suture sagittale est dirigée obliquement de gauche à droite et d'avant en arrière, mais que la fontanelle postérieure est en arrière, du côté de la symphyse sacro-iliaque droite.

Toujours, en pareille circonstance, le doigt arrive aisément sur la fontanelle antérieure qui regarde en avant et à gauche, ce qui indique un certain de degré de déflexion de la tête ; déflexion qui contribue pour sa large part à rendre parfois le travail plus lent.

Quand tout se passe pour le mieux, la fontanelle postérieure tourne de la symphyse sacro-iliaque droite vers le pubis, exécute ainsi un tiers de circonférence ; puis l'occiput se dégage sous l'arcade pubienne, comme dans une occipito-iliaque gauche antérieure.

Mais, quelquefois, ce grand mouvement de rotation s'effectue mal ou ne se fait pas du tout. Et le travail ne progresse plus ; et la femme s'épuise et se fatigue. Très souvent du reste, les contractions utérines sont faibles dès le début, et c'est là une des principales causes du défaut de rotation.

Quels sont donc les cas qui peuvent se présenter et que faut-il faire?

1er cas. L'occiput ébauche son mouvement de rotation ; la fontanelle postérieure vient se placer à l'extrémité du diamètre transverse du bassin, mais n'en bouge plus.

La tête est donc en occipito-iliaque droite transversale.

Il faut essayer de parfaire le mouvement de rotation. On doit, d'abord, essayer la manœuvre digitale de M. Tarnier. Pour cela, la tête étant en droite postérieure, on introduit derrière le pubis l'index et le médius de la main gauche ; on les place derrière l'oreille qui regarde la symphyse pubienne, on prend point d'appui sur la tête elle-même, dans le sillon rétro-auriculaire, et *pendant une contraction*, on appuie sur la tête, de manière à entraîner l'oreille, et à la faire tourner vers le côté gauche du bassin ; si on ne réussit pas complètement la première fois, il faut maintenir la main en place, attendre une seconde contraction et, à son occasion, recommencer à peser sur la tête. On réussit ainsi trois fois sur quatre (Tarnier).

Avec une tête en gauche postérieure, on introduirait deux doigts de la main droite, et on repousserait l'oreille antérieure vers la droite du bassin.

Quand on échoue avec cette manœuvre, il faut employer le forceps. Appliquer une branche en arrière, l'autre en avant, si nous supposons que la tête s'est placée en transversale ; puis, faire les rotations avec l'instrument et ramener l'occiput sous la symphyse pubienne. Il est essentiel de faire un diagnostic exact ; pour plus de sûreté, en cas d'indécision, on fera le toucher manuel et on ira à la recherche d'une oreille, la direction du sillon auriculaire donnera la direction de l'occiput. Dans une semblable application, la petite courbure des cuillers sera dirigée vers l'occiput.

2e cas. — La tête est restée en droite postérieure ; la suture sagittale est dans le diamètre oblique gauche du bassin.

Il faut faire encore la manœuvre digitale de Tarnier, et en cas d'insuccès, appliquer le forceps. Mais comment faire cette application ? Souvent la manœuvre du Dr Loviot réussira. Avec une droite postérieure, on introduit la main gauche, en supination forcée, dans la concavité du

Digitized by Google

sacrum. Il faut que la main entière, pouce compris, entre dans le vagin ; on va ainsi prendre la tête à pleine main et la faire tourner de la position droite postérieure à la position droite transversale. Si le mouvement de rotation peut s'étendre plus loin, on pourra espérer de ramener ainsi l'occiput sous la symphyse, sans forceps. Dans le cas contraire, on fera encore une application de forceps sur la droite transversale, comme plus haut.

Le Dr Bataillard, dans une thèse, d'ailleurs excellente, avance qu'on réussit toujours à transformer avec la main une droite postérieure en droite transversale. Cependant, ajoute-t-il, « Bien que, ne l'ayant jamais observé, nous devons supposer le cas où l'occiput ne pourrait être délogé à l'aide de la main, de la position qu'il occupe au niveau d'une articulation sacro-iliaque. En pareille circonstance, si l'introduction de la première branche du forceps ne déterminait pas la rotation partielle de l'occiput en avant, nous n'hésiterions pas à la retirer pour faire une application régulière du forceps, la concavité des bords tournée vers la face ». — Rien de mieux jusqu'ici. Mais, M. Bataillard ajoute : « Il suffirait alors, sans doute, de tirer dans le sens indiqué par les branches, pour voir se compléter la rotation de l'occiput en arrière. On dégagerait ensuite en occipito-sacrée. » Plus loin, l'auteur parle encore de « l'innocuité habituelle du dégagement en occipito-sacrée » qu'il regarde comme prouvée. Ici, nous regrettons d'être en contradiction absolue avec M. Bataillard. Lorsque le fœtus est à terme, le dégagement en occipito-sacrée est toujours un accident, et pour la mère et pour le fœtus. L'accouchement peut, sans doute, se terminer seul, mais ce n'est qu'au prix d'efforts considérables, nuisibles à la mère et à l'enfant ; et le plus souvent, le périnée se déchire et jusqu'à l'anus inclusivement. Par conséquent, avant de se résigner à dégager en occipito-sacrée, il faut essayer de faire artificiellement la rotation avec le forceps et de ramener l'occiput en avant. En procédant lentement, avec prudence, on ne causera aucune lésion, et on réussira dans presque tous les cas.

3e cas. — La rotation vicieuse s'est effectuée, ou bien a été faite artificiellement. Faut-il se résoudre de suite à dégager en occipito-sacrée ? Non certainement. Essayons encore la rotation digitale qui réussit plus souvent qu'on ne pourrait croire, et à son défaut, appliquons le forceps et faisons faire, sans crainte, un demi-tour complet à la tête du fœtus. Nous dégagerons ensuite en occipito-pubienne. Si nous nous rendons compte que nos tentatives de rotation, soit à droite, soit à gauche, exigeraient, pour être fructueuses, un déploiement de forces nuisible à la mère ou au fœtus, nous consentirions à regret, et en dernier ressort, à terminer en occipito-sacrée.

Si avec une tête en occipito-sacrée, on acquiert la conviction que l'enfant est mort, mieux vaut faire une basiotripsie que de dégager l'occiput en arrière.

II. De l'abaissement prophylactique d'un pied dans les présentations du siège décompléte, mode des fesses. — Nous avons eu déjà l'occasion d'indiquer dans ce journal, les difficultés auxquelles peut donner lieu l'accouchement par le siège décompléte, mode des fesses. Lorsque le travail s'arrête et que la partie fœtale est dans l'excavation, on n'a pas de prise sur le fœtus, si par hasard on est contraint de l'extraire. Aussi depuis longtemps, les auteurs ont-ils cherché à éviter ces ennuis par une intervention directe, avant que le siège ne soit descendu dans le petit bassin. Il est bien entendu qu'on aura d'abord essayé la version par manœuvres externes, et que ce n'est qu'après avoir vainement tenté par ce moyen de ramener la tête au détroit supérieur, que l'on se décidera à agir autrement.

Si la dilatation du col est complète, les membranes intactes, et le siège non engagé, les conditions seront aussi favorables que possible. On introduira la main dans l'utérus et on abaissera le pied antérieur, en plaçant l'extrémité du pouce sur la région poplitée et les autres doigts sur la face antérieure de la jambe, avait dit Mme Lachapelle ; en appuyant sur le creux du jarret avec l'extrémité des doigts et faisant la flexion forcée de la cuisse sur le bassin, (ce pied tombe de lui-même sur le dos de la main), disent MM. Pinard et Mantel ; comme on peut, avait dit Mauriceau. Le pied abaissé, on laissera l'accouchement se terminer seul, et si une intervention s'indique à un moment donné, on achèvera l'accouchement en tirant sur le pied abaissé.

Cet abaissement d'un pied n'est licite que lorsque la partie fœtale est élevée. Si le siège est engagé, il faudra s'abstenir, malgré ce qu'en dit Barnes, car « on crèverait plutôt la mère » (Mauriceau), que d'arriver avec la main jusqu'aux pieds dans la cavité utérine.

Dr Demelin

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

DERMATOLOGIE

Notes sur le psoriasis au point de vue étiologique,

par le Dr DELIGNY (1).

J'ai observé, à la station de Saint-Gervais où j'exerce depuis sept années, 54 cas de psoriasis dont j'ai pris les observations, surtout au point de vue étiologique.

Sur ces 54 cas, j'ai trouvé 12 fois la même affection chez les ascendants :

Quatre fois chez le père.
Deux fois chez la mère.
Quatre fois chez un des grands parents.
Deux fois chez des oncles.

Même en tenant compte de la difficulté d'obtenir des renseignements exacts, car l'affection n'est pas toujours visible et celui qui en est atteint n'aime pas toujours à la faire

(1) Société médico-pratique, séance du 9 décembre 1889.

Digitized by Google

connaître même aux siens ; malgré cette difficulté, en en tenant compte, on voit que le psoriasis n'est pas aussi souvent héréditaire que le dit le Dr Kaposi (de Vienne).

Aussi ne saurait-on admettre avec lui que cette hérédité est une hérédité de la prédisposition de la peau. Outre qu'on rencontre peu de sujets dont le psoriasis puisse être considéré comme d'origine héréditaire, nous ne pouvons non plus admettre, d'accord avec les savants annotateurs de Kaposi, la localisation de l'hérédité morbide dans un tissu, car, même dans son acception la plus étroite, elle ne peut pas être détachée du plan général de l'organisme, et surtout de la constitution des centres trophiques.

Sur ces 54 cas, j'ai trouvé :

1° Que 9 psoriasiques avaient eu, antérieurement à l'apparition de l'affection cutanée, des manifestations de goutte articulaire.

2° Que 21 avaient eu, avant leur psoriasis, une ou plusieurs atteintes de rhumatisme articulaire.

3° Que 15 avaient eu des manifestations arthritiques diverses dans leur enfance et dans leur jeunesse, et que plusieurs étaient de races arthritiques, la goutte ou le rhumatisme existant chez les ascendants.

4° Que les 9 derniers psoriasiques ne présentaient aucune tare constitutionnelle héréditaire ou acquise, mais que, chez deux de ces malades, l'affection cutanée était survenue après une vive frayeur, que chez deux autres elle était survenue dans le cours d'une vésanie produite par de grands chagrins.

Quant aux cinq derniers psoriasiques, deux sont fils de père psoriasique, mais les trois autres ne fournissent aucun renseignement étiologique. Cependant l'un d'eux, un homme de 42 ans, ayant habité longtemps les pays chauds, est revenu en France avec une maladie du foie, dans le cours de laquelle le psoriasis s'est développé.

Le Dr Mauthner a appelé l'attention sur l'association du psoriasis et des dermatoses vraies en général, avec les affections du foie ; il est possible que cette relation ait eu une influence sur notre malade.

D'après ces chiffres que j'ai cités, 36 cas de psoriasis sont à l'actif de la goutte et du rhumatisme. Cette fréquence ne saurait étonner, car beaucoup de dermatologistes ont constaté l'influence de ces deux états constitutionnels.

Dans leur Traité des maladies de la peau, Hillairet et Gaucher écrivent : « Le psoriasis est *souvent* une dépen-« dance de l'arthritisme. Cette dermatose n'est pas rare « dans les familles de goutteux, de graveleux ou de rhu-« matisants. »

MM. Besnier et Doyon, dans leurs annotations à la traduction du traité de Kaposi, ont écrit : « Nous faisons une « exception pour la goutte et le rhumatisme (arthritis).... « Ce que nous affirmons par dessus tout, c'est que la re-« cherche de la constitution du sujet psoriasique, quelle « qu'elle soit, doit être faite avec soin; on trouve dans cette « voie des indications thérapeutiques générales précieuses, « qui permettent d'obtenir des résultats souvent inespérés, « et de soustraire la thérapeutique du psoriasique à l'empi-« risme absolu et funeste, auquel il est trop généralement « livré. »

Les manifestations arthritiques diverses qu'ont présenté les quinze malades de la troisième catégorie, sont celles que l'on observe habituellement chez les prédisposés à la goutte ou au rhumatisme : dans l'enfance, coryzas et épistaxis fréquents, affections cutanées (érythème, urticaire, eczéma), tendances aux rhumes et aux bronchites, etc. ; plus tard, des migraines, des hémorrhoïdes, la lithiase biliaire et rénale, des troubles dyspeptiques, l'asthme, etc.

Je voudrais citer, maintenant, les observations des cas de la dernière catégorie, qui présentent un certain intérêt.

M. L. 54 ans, est un homme grand, robuste, qui a toujours joui d'une bonne santé et a mené une vie sobre à la campagne ; il est cependant un peu nerveux, facilement impressionnable. Un matin, il partit pour la chasse avec un de ses amis, en cabriolet ; le cheval qu'il conduisait allait grandes allures, quand tout-à-coup, un train passa en sifflant. Le cheval effrayé s'emporta, le cabriolet heurta une borne et versa. M. L. se releva sans blessures et vit son ami étendu sans connaissance ; des personnes accoururent et le portèrent à la maison. Il reprit connaissance en chemin, n'ayant été qu'étourdi. Mais, M. L. eut beaucoup de peine à marcher jusqu'à son logis, ses jambes tremblaient, il éprouvait un frémissement général et eut une syncope en arrivant à sa campagne. Il resta ainsi très nerveux pendant quelques jours, dormant mal, agacé ; puis, tout rentra dans l'ordre. Mais, quinze jours après, apparaissait sur tout le corps, moins la tête, les mains et les pieds, une éruption de petites plaques rougeâtres, très disséminées qui devinrent plaques psoriasiques, et ces plaques existent depuis six années.

Un second cas concerne une jeune fille de 12 ans, qui fut atteinte de psoriasis, cinq jours après une vive frayeur causée par la poursuite d'un taureau furieux.

Voici maintenant les deux observations de vésanies.

Mme D., âgée de 37 ans, avait un fils de 18 ans qui menait une vie désordonnée et faisait le malheur de sa mère, qui était veuve depuis huit ans, et n'avait que ce fils unique. Un jour on l'apporta mourant à la suite d'un accident de cheval. Mme D., après cette cruelle perte, tomba dans un état de mélancolie profonde ; elle restait constamment assise dans sa chambre, les fenêtres fermées, ne voulant voir personne, mangeant à peine. Elle était depuis trois mois dans cet état, lorsque se produisit une poussée très forte de psoriasis généralisé à forme d'eczéma discoïde, qui s'établit ensuite à l'état chronique.

Mme K., séparée de son mari, vivait seule avec deux enfants de 3 et 5 ans, qu'elle perdit de diphtérie à quelques jours de distance. A la mort du dernier enfant, Mme K. fut atteinte d'un délire maniaque qui dura six mois, et qui disparut à mesure que se développèrent, leur diverses régions

Digitized by Google

du tégument des plaques de psoriasis qui devint assez intense.

Les deux premières observations de psoriasis émotif, sont à classer avec celles que M. Henlz a citées dans les *Annales de dermatologie* 1880. Les deux suivantes me paraissent aussi être une conséquence de troubles du système nerveux, produits par les événements malheureux qui ont frappé ces deux malades.

Qu'allons-nous faire maintenant des psoriasiques, chez lesquels on ne trouve aucune condition générale qui pourrait tenir le psoriasis sous sa dépendance, ni aucune cause occasionnelle ? Allons-nous faire de ces malades des herpétiques ou des dartreux ? Je suis fort embarrassé de répondre.

Auspitz, dans sa Pathologie et Thérapeutique générales des maladies de la peau, que le Dr Doyon a si bien traduite, s'exprime ainsi : « l'herpétisme est un tableau de « fantaisie, qui n'a été inventé que pour y mettre toute « une série de maladies chroniques de la peau que l'on ne « pouvait pas classer parmi les autres diathèses, et pour « lesquelles il fallait, le bas échéant, une cachette diathé- « sique. »

Cette opinion du savant dermatologiste est peut-être un peu trop sévère ; cependant, il faut bien l'avouer, ce n'est que *hypothétiquement*, comme l'ont écrit MM. Hillairet et Gaucher que l'on pourrait mettre ces malades dans la catégorie des herpétiques ou des dartreux, car on a le choix entre ces deux diathèses.

REVUE BI-MENSUELLE DE THÉRAPEUTIQUE

CHIRURGIE

I. — *Un nouveau traitement chirurgical des maladies inflammatoires des reins et des uretères chez la femme.* — II. *Laparo-hystéropexie contre le prolapsus utérin.* — III. *Des hémorrhagies de l'ordre et de leur traitement.*

I. Un nouveau traitement chirurgical des maladies inflammatoires des reins et des uretères chez la femme. — Une fistule artificielle établie à l'un des angles du trigone vésical, à la suite de la kolpo-urétero-cystotomie, fournit l'occasion d'étudier cliniquement diverses lésions de la vessie, des uretères et des reins. Une semblable fistule permet d'irriguer le rein, d'enlever les accumulations de pus et l'urine décomposée en contact avec la muqueuse. La dilatation graduelle de l'uretère empêche la contraction de ce canal et facilite l'écoulement des matières irritantes et des calculs. Le repos physiologique est réalisé par le drainage complet de la vessie, de l'uretère et du bassinet, si bien que toute inflammation s'arrête et que les tissus hypertrophiés redeviennent normaux.

Par ce nouveau traitement, le malade n'encourt presque pas de danger, surtout comparé à celui qu'entraînent des opérations, telles que la néphrectomie et la néphrotomie. Ces opérations sont en général pratiquées tardivement. Lorsque l'affection des reins a eu le temps de progresser, ce qui entraîne, quand le cas se termine fatalement, la perte d'un ou de deux organes vitaux. En outre, la cystite ne peut être traitée par ces opérations, et cette cystite peut provoquer ultérieurement une altération du rein restant.

L'absence congénitale de l'un des reins ou la maladie de tous les deux sont des raisons majeures contre-indiquant la néphrectomie, mais non la kolpo-urétero-cystotomie. Celle-ci devra être faite de bonne heure, à une période où les altérations du réservoir urinaire et des autres organes sont encore curables. Dans quelques cas, grâce au diagnostic plus précis qu'on est en mesure de poser, on peut découvrir une pierre dans le bassinet, et si celle-ci est trop grosse pour passer par l'uretère, ou qu'il y ait lieu de redouter un phlegmon ou toute autre complication, on tentera, avec grande chance de succès, la néphrectomie ; car la malade ne souffrira ni de cystite, ni de pyélite, ni de ténesme vésical, ni d'irritabilité pelvienne ; sa santé a eu le temps de se raffermir et on peut intervenir sans crainte.

Telles sont reproduites, à peu près textuellement, les conclusions du mémoire de M. Sheldwood Dunn (*Thèse de Paris* 1888 chez O. Doin) ; l'auteur pense que la kolpo-urétero-cystotomie imaginée par Bozeman est appelée à un avenir brillant, « grâce à elle, dit-il : la néphrectomie et la néphrotomie seront limitées au traitement des pyélites et des calculs du reins ; peut-être même arriverons-nous un jour à adopter des instruments qui, au moyen des courants électriques, sauront détruire l'acide urique et les calculs dans le bassinet même, et arrêterons-nous les phénomènes destructeurs en conservant l'intégrité parfaite du rein. »

II. Laparo-hystéropexie contre le prolapsus utérin. — La thèse de M. Dumoret (1) est un exposé complet du nouveau traitement chirurgical de la chute de l'utérus. Celui-ci consiste dans l'ouverture du ventre et dans la fixation de la matrice par des points de suture unissant, soit le corps même de l'utérus, soit ses annexes, à la face postérieure de la paroi abdominale. Cette opération porte les noms divers de ventro-fixation (Olshausen), hystérorraphie (Kelly, Terrier), hystéropexie (Trélat), utéro-fixation abdominale antérieure (M. Baudouin), laparo-hystéropexie (Dumoret). Dumoret étudie avec soin les divers procédés de fixation de l'utérus prolabé, et conclut à la supériorité de celui de Terrier qui consiste, après incision du ventre, à passer d'abord obliquement un gros catgut à travers les lèvres de l'ouverture de la paroi abdominale, la peau exceptée ; ce fil ressort dans le péritoine, puis est conduit de gauche à droite dans l'épaisseur même du tissu utérin, au niveau environ de la réunion du corps et du col. Enfin il est de nouveau passé dans la lèvre droite de l'ouverture abdominale, la peau exceptée. On place deux pinces à pression aux deux extrémités de ce fil. Un second, puis un troisième fil de gros catgut sont passés de même, l'un vers le milieu du corps, l'autre près du fond de l'utérus et maintenus par des pinces à pression. Tout étant bien épongé, on fait successivement trois ligatures en allant de bas en haut, puis on enlève le fil de soie placé au fond de l'utérus pour l'élever et le maintenir pendant qu'on procède à la suture. La plaie abdominale est alors refermée en haut à l'aide de trois fils d'argent passant par le péritoine, et en bas par trois fils de crin de Florence, au

(1) *Thèse de Paris, 1889.*

Digitized by Google

niveau des sutures de l'utérus. Un petit drain est placé dans l'angle inférieur de la plaie (Terrier, *Rev. Chir.* 1889, p 197).

Ce procédé donne un résultat immédiat, excellent, mais est-ce un résultat durable? Le prolapsus ne se reproduit-il pas à la longue? La vessie ne souffre-t-elle pas? Tous ces points sont discutés avec soin par Dumoret, et bien qu'il se prononce hardiment en faveur de l'hystéropexie dans tous les cas de prolapsus simple ou compliqué de la matrice, il reconnaît lui-même que ses conclusions sont provisoires et que la question reste tout entière à l'étude.

II. **Des hémorrhagies de l'ovaire et de leur traitement.** — Si tous les auteurs reconnaissent l'extrême fréquence de petits épanchements sanguins dans l'ovaire, il en est peu qui aient étudié les hémorrhagies de l'ovaire. C'est ce sujet encore obscur qu'aborde, dans son mémoire inaugural, notre excellent collègue et ami Rollin; il démontre fort clairement que ces hémorrhagies, au sens clinique du mot, sont moins rares qu'on ne le croit, et qu'un intérêt chirurgical réel s'attache à leur étude.

Ces hémorrhagies doivent être distinguées en vésiculaires (des vésicules de de Graaf) et interstitielles. Les premières comprennent elles-mêmes un certain nombre de variétés: 1° les hémorrhagies vésiculaires multiples des maladies infectieuses, et des intoxications à évolution ordinairement latente; 2° les hémorrhagies extra-vésiculaires, consistant dans la production d'un épanchement sanguin considérable avant et après la rupture du follicule; elles provoquent l'hémorrhagie interne, suivie à son tour de péritonite mortelle ou d'hématocèle, selon son abondance et la tolérance du péritoine; 3° les hémorrhagies intra-vésiculaires résultant d'un épanchement sanguin dans le follicule graafien, qui, retenu à l'intérieur de l'ovaire, ne peut se rompre et forme ainsi un kyste sanguin de l'ovaire. L'hématocèle et le kyste sanguin s'accroissent d'une façon analogue, par ponte intra-kystique, c'est-à-dire par rupture des follicules des menstruations suivantes, soit dans le sac rétro-utérin, soit dans le kyste intra-ovarique. En raison de leur singularité d'accroissement, Eug. Boecke la désigné ces kystes, sous le nom de kystes ménorrhagiques; 4° Dans une quatrième variété d'hémorrhagies vésiculaires, se rangent celles qui se produisent dans des follicules déjà atteints d'hydropisie, et dans une dernière classe, il convient de placer celles qui se font dans les corps jaunes, sans doute à la suite d'un léger suintement sanguin après la ponte. Mais ces deux dernières variétés sont encore mal connues, leur évolution clinique et anatomique étant actuellement impossible à préciser.

Tel est le premier groupe établi par Rollin; dans le second, celui des hémorrhagies interstitielles, il fait rentrer d'une part celles qui sont constituées par de petites apoplexies du tronc, sans aucune importance; d'autre part celles qui, diffuses, peuvent réduire l'ovaire à l'état d'une coque renfermant une pulpe vasculaire, analogue au tissu de la rate. Cette dernière lésion relève sans doute des ovarites septiques analogues à l'ovarite puerpérale. La coque ovarique peut se rompre, d'où hémorrhagie interne suivie de péritonite et de mort.

L'étiologie des hémorrhagies de l'ovaire est encore mal connue. Les altérations des trompes mettant obstacle à leur fonctionnement, les congestions répétées de l'ovaire, la sclérose de l'ovaire, les néo-membranes de la péritonite, jouent quelquefois un rôle incontestable. Le varicocèle utéro-ovarien est certainement aussi une cause prédisposante et aggravante de premier ordre.

Nous avons indiqué que les symptômes des hémorrhagies sont fort variables. Il en est qui restent absolument latentes. Quand à l'hémorrhagie extra-vésiculaire, elle éclate tout d'un coup, sans prodromes, tue quelquefois rapidement ou engendre l'hématocèle pelvienne. Les kystes sanguins se comportent comme des tumeurs de l'ovaire, mais s'accroissant indéfiniment, et toujours en imminence de rupture, ils sont une menace constante pour la malade.

Le diagnostic est toujours fort difficile, parfois même impossible, abstraction faite de l'épanchement extra-vésiculaire. Un seul signe, indiqué par Boeckel, permet d'affirmer la nature des kystes; c'est leur augmentation brusque de volume à l'époque des règles.

L'hémorrhagie extra-vésiculaire, est justiciable de la laparotomie immédiate, suivie de l'ablation de l'ovaire et d'une toilette soignée du péritoine. Les kystes hémorrhagiques doivent être traités par l'ovariotomie, simple ou double, accompagnée ou non de salpingectomie, suivant les cas.

H. Rieffel.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

MÉDECINE

La thermo-palpation, méthode nouvelle d'investigation clinique, par M. K. Kétli. — C'est dans une correspondance adressée au directeur des *Wiener medezinische Blatter* que le Dr Schuster (1889, n° 22) décrit cette nouvelle acquisition due au professeur de la deuxième clinique médicale de Budapest, M. Karl Kétli, et permettant de figurer sur le thorax ou sur l'abdomen toutes les régions où un organe contenant des gaz en avoisine un autre moins plein, ou un vide, avec autant de facilité qu'avec la percussion.

Pour trouver les lignes de séparation des différents organes pleins et des organes à contenu gazeux, il suffit de constater, en palpant avec la face palmaire des doigts, quelquefois avec la face dorsale, plus sensible chez certaines personnes, qu'il est facile de saisir une différence de température dans les différentes régions de la peau que la main parcourt. Si l'on trace des lignes au niveau des points où l'on perçoit une différence de température, on s'aperçoit qu'on peut ainsi délimiter le cœur, le foie, la rate, etc. La figure des organes que ce procédé permet de dessiner correspond à celle qu'on obtient par la percussion. Pour certains viscères, comme pour le cœur, le résultat obtenu par la nouvelle méthode surpasserait en exactitude celui que fournit la plessimétrie. Pour démontrer le bien-fondé des faits avancés, les parrains de la thermo-palpation ont vérifié leurs mensurations à l'aide des appareils de physique: thermomètre, thermomètre différentiel, thermo-galvanomètre, et ces appareils ont indiqué une parfaite concordance dans les données fournies par les différents modes d'investigation.

H. G.

Digitized by Google

Contribution à l'étude des thromboses veineuses et artérielles dans cours de la chlorose, par M. le Dr A. Vergely. — Cette question est mal connue. Notre très-savant confrère bordelais a voulu la rendre moins obscure en réunissant un certain nombre de faits classiques ou personnels de thromboses hématiques veineuses ou artérielles. Leur comparaison l'a conduit à formuler les conclusions suivantes dont l'intérêt clinique et anatomo-pathologique est trop manifeste pour qu'il y avait lieu d'insister sur leur importance. (*Journal de médecine de Bordeaux*, sept. 1889).

Voici ses judicieuses conclusions :

1° A une période avancée de la chlorose, il peut survenir, dans toute l'étendue du système nerveux, des thromboses, dites phlegmatia alba-dolens;

2° Elles peuvent siéger aussi, dans les artères de la base du cerveau, et les branches de l'artère sylvienne ;

3° Les lésions microscopiques des vaisseaux ou des organes irrigués par eux font défaut, de sorte que dans la chlorose, comme dans les affections cachectisantes, il se produit des coagulations veineuses ou artérielles, indépendantes de tous les signes cliniques d'artérite ou de phlébite. S. R.

Asthme sexuel, par M. le Dr A. Preyer. — A côté des formes classiques d'asthme, l'auteur en établit une sixième, *l'asthme sexuel* (*asthma und geschlechtskrankeiten*) dont il décrit deux variétés, *l'expiratoire*, due à la contracture des muscles bronchiques, *l'inspiratoire* produite par celle du diaphragme (*Berl. Klin. Woch.*, 1889).

L'affection semble plus fréquente chez l'homme que chez la femme dans le rapport de 12 à 5. Les accès surviennent parfois après le coït, à la suite de l'urethrite postérieure dans la blennorrhagie chronique, après les excès vénériens, la masturbation, dans les anomalies fonctionnelles, comme les pollutions nocturnes, la spermatorrhée, l'aspermatisme et l'impuissance.

Chez la femme, l'asthme s'est rencontré dans des cas de fibromyome utérin, de vaginite et de métrite du col, d'endo-métrite chronique et de déviations utérines.

Presque tous les malades hommes appartenaient à la classe des nerveux, et beaucoup présentaient de la neurasthénie génitale, consécutive à l'abus des rapports vénériens ; les femmes se montraient nerveuses ou hystériques.

L'auteur recommande donc de diriger ses investigations du côté des organes génitaux, lorsqu'on ne trouvera pas l'explication de l'asthme dans les causes habituelles.

Le traitement devra comprendre le traitement local ; la cessation de la masturbation, un coït imparfait suffira souvent alors. Les idées de l'auteur souffre une petite objection. En effet il constate onze fois l'emphysème sur seize malades. Si celui-ci n'est pas le résultat de l'asthme, dans tous les cas, il peut jouer un rôle capital dans l'apparition de la maladie et les fonctions génitales n'être qu'une cause occasionnelle. On peut même comprendre que l'asthme et les troubles génitaux soient sous la dépendance d'une même cause générale, le nervosisme, la neurasthénie. H. G.

Traitement prophylactique de l'influenza, par M. le Dr Greser. — L'emploi de la quinine, comme prophylactique, dans les pays à malaria et les bons résultats obtenus font penser à l'auteur que le même médicament pourrait être efficace contre l'influenza (*Wiener Medicinische Blatt*, décembre 1889)

L'auteur qui a exercé à Tandjong-Priok (Java), donna t 50 centigrammes à 1 gramme de sulfate de quinine dans du genièvre à ses marins. Il propose de faire prendre systématiquement 50 centigrammes, tous les jours et même tous les deux jours.

Il base ses espérances sur l'analogie entre les deux maladies, le fièvre intermittente et la grippe (fièvre intermittente quotidienne avec toux convulsive de Seifert). H. G.

Un cas d'angine de poitrine avec coronarite, par M. le Dr Owen. — Les lésions anatomiques observées dans ce cas, confirment une fois de plus la doctrine de l'angine de poitrine vraie dont M. le Dr Huchard s'est fait l'avocat dans notre pays (*Brit. med. Journal*, 19 octob. 1889, p. 878). La malade, une femme de 29 ans, avait succombé à un accès angineux et ne possédait aucun antécédent syphilitique ou rénal. A l'autopsie on trouva : une dégénérescence graisseuse des muscles papillaires ; une plaque d'athérome circonscrivant l'orifice aortique ; d'autres plaques au niveau des sinus de Valsava et à l'orifice des artères coronaires, surtout à gauche. Des indurations existaient aussi sur les parois de ces vaisseaux. Avant l'accès final, cette femme avait éprouvé plusieurs syncopes. S. R.

Œdème fugace dans les maladies aiguës et comme signe de pneumonie intercurrente, par M. le Dr Stembo. — En face de l'œdème, on pense surtout aux reins et au cœur. On s'occupe peu de l'œdème au cours des affections aiguës. Cependant l'auteur l'a observé dans la bronchite valgaire ou capillaire, dans la broncho-pneumonie, la fièvre typhoïde, le typhus et la rougeole (*Berl. Klin. Woch.* 1889, p. 40).

Cet œdème apparaît 12 à 24 heures avant les autres signes de la pneumonie ; il s'annonce par une simple pâleur de la face avec bouffissure, plus marquée souvent du côté de la pneumonie, seulement apparent de ce côté.

Il ne dure jamais plus de 3 à 4 jours, ordinairement 24 à 48 heures ; sa prolongation assombrit le pronostic. L'urine ne contient jamais de cylindre, à peine un nuage d'albumine.

Après en avoir rapporté trois observations, l'auteur admet comme cause de ce phénomène un affaiblissement du cœur joint à une altération de l'endothélium vasculaire et une stagnation lymphatique. H. G.

LE TRAITEMENT DES MALADIES

GRIPPE

1. **Traitement de la congestion pulmonaire grippale à forme hémoptoïque.** — Après avoir résolu dans le précédent article (1) les questions relatives à l'opportunité des expectorants, de la saignée, des vésicatoires, etc., dans cette forme redoutable de la maladie, je dois encore répondre à une dernière question :

9° Faut-il prescrire des boissons froides et glacées dans les hémoptysies en général, et dans la congestion pulmonaire hémoptoïque en particulier ?

Je réponds :

a) Pour les hémoptysies en général, on abuse depuis longtemps des boissons froides et glacées, J'ai

(1) Suite : Voir le n° 1 de 1890, page 11.

Digitized by Google

vu souvent celles-ci, au contraire, provoquer ou augmenter les hémoptysies, et il est logique de penser que certaines complications inflammatoires de l'appareil pulmonaire sont imputables à l'abus des boissons glacées. En tous cas, il faut distinguer deux éventualités importantes au point de vue pratique : les hémoptysies sont fébriles, ou non fébriles. Si elles ne s'accompagnent pas de fièvre, cela prouve qu'elles n'ont encore éveillé aucune irritation inflammatoire vers l'appareil pulmonaire, et alors l'emploi de la glace à l'intérieur, s'il est presque toujours inutile, n'est pas nuisible. Si elles s'accompagnent de fièvre, il faut proscrire absolument la glace et les boissons glacées qui sont nuisibles.

b.) Pour la même raison, et parce que les congestions pulmonaires grippales s'accompagnent presque toujours de fièvre, les boissons glacées doivent être formellement défendues. Bien au contraire, il faut ordonner des boissons et des aliments chauds, lesquels ont un pouvoir hémostatique analogue aux injections vaginales faites à une température élevée (à 45° ou 50°), injections qu'on emploie maintenant avec tant d'efficacité contre les hémorrhagies utérines. En toutes choses et surtout en thérapeutique, il ne faut pas seulement voir dans les médications le résultat immédiat qui est souvent transitoire, il faut tenir compte surtout des effets éloignés qui sont plus persistants. Que produit l'application du froid sur les tissus ? Un état de pâleur due à la constriction *à frigore* des petits vaisseaux ; mais, à cette pâleur et à cette constriction vasculaire succèdent le plus souvent des phénomènes tout opposés que l'on désigne sous le nom de *réaction*, et qui sont caractérisés par la rougeur des tissus due à la vaso-dilatation. Que produit l'application du chaud sur les tissus ? Des effets tout à fait inverses : les vaisseaux se dilatent et la peau rougit d'abord, pour pâlir ensuite par le resserrement consécutif de la lumière vasculaire.

Ici, la pratique est en complet accord avec la théorie ; j'ai renoncé depuis longtemps aux boissons glacées dans toutes les hémoptysies, qu'elles soient fébriles ou non, et je leur préfère de beaucoup les boissons et les aliments chauds. Mais cette dernière prescription est de règle, surtout dans une maladie comme la grippe pour laquelle le froid possède souvent une influence néfaste, et dans ces hémoptysies grippales souvent fébriles et menaçantes par leurs complications inflammatoires du côté des bronches et des poumons.

II. Traitement de la broncho-pneumonie et de la pneumonie grippales. — Les indications et les applications thérapeutiques que je viens de formuler pour la congestion pulmonaire sont en grande partie applicables aux broncho-pneumonies, ou aux pneumonies grippales, et on peut résumer ainsi les bases du traitement : Administration des antithermiques et des antipyrétiques pour abaisser la température et diminuer la fièvre (antipyrine à la dose de 0,50 centigrammes à un gramme *pro dosi* et de 2 à 3 gramme *pro die* ; sulfate ou chlorhydrate de quinine à la dose de 0,50 centigrammes à un gramme, suivant les cas) ; boissons alcooliques, potion de Todd, préparations de quinquina pour relever les forces, avec adjonction d'une préparation de digitale pour tonifier le cœur (1), car je ne cesse de le répéter :

Lorsque la grippe, et surtout lorsqu'une congestion pulmonaire ou une pneumonie d'origine grippale atteint un vieillard ou un individu faible et débilité par la maladie et les excès, ou un cardiopathe et surtout un cardiopathe-artériel à la fibre cardiaque molle et déjà défaillante, on a tort de ne voir que la lésion pulmonaire, et de laisser au second plan l'affaiblissement du myocarde (1).

Pour me résumer, dans toute pneumonie, et surtout dans les pneumonies grippales, il y a quatre éléments à conjurer, quatre indications thérapeutiques à remplir :

1° *Elément infectieux primitif.* — Cette infection primitive de l'organisme a été reconnue depuis déjà longtemps, elle est formellement mentionnée par Menetier dans sa thèse inaugurale sur *« la grippe et la pneumonie en 1886 »*. Toutes les pneumonies observées par lui, grippales ou non, étaient des pneumonies à pneumocoques, et « sur 21 cas, il a dix fois trouvé la rate grosse et molle, semblable à celle des maladies infectieuses». De mon côté, j'ai constaté, non seulement une hypertrophie de la rate, mais aussi une augmentation de volume du foie, et j'ai vu à l'autopsie ce dernier organe gros et graisseux, lésion bien décrite par mon ancien interne M. Gillet, et par son collègue M. Duflocq dans les maladies infectieuses (2).

Contre cette infection primitive, que pouvons-nous ? Peu de chose, malheureusement. Nous connaissons le microbe qui la produit, mais nous ignorons les moyens de l'atteindre, et comme pour toutes les maladies microbiennes, nous pouvons seulement nous attaquer aux conséquences de ce microbe, et tout au plus chercher à stériliser le terrain sur lequel il se développe. Une de ses conséquences immédiates est souvent l'élévation de la température fébrile. Le sulfate de quinine est donc indiqué, surtout quand la fièvre est intense, et qu'elle prend un type rémittent bien accusé.

(1) Dans le dernier numéro, une erreur d'impression m'a prêté une idée tout-à-fait contraire à ma pensée. Au lieu de (à la fin de la page 4, 1re colonne) : on a tort de diriger toujours sa thérapeutique contre l'affaiblissement cardiaque, *lisez* : on a tort de ne jamais diriger sa thérapeutique contre l'affaiblissement cardiaque.

(2) Des cirrhoses graisseuses considérées comme hépatites infectieuses (*Arch. de méd.*, 1888).

Digitized by Google

Pour gagner du temps et pour agir avec plus de sûreté et d'énergie, ayez recours aux injections sous-cutanées de quinine, devenues maintenant plus faciles et moins douloureuses grâce au procédé de Villejean et de Bourmann. On injecte ainsi une ou deux seringues de Pravaz de la solution suivante (chaque seringue contenant 0,75 centigr. de quinine). Ces injections sont peu douloureuses, très supportables, moins douloureuses que les injections d'éther, et je n'ai jamais provoqué à leur suite d'abcès, ni irritation inflammatoire importante du tissu cellulaire sous-cutané. Voici la formule de ces injections :

Acide chlorhydrique pur..... (D. 1,045) } ana 10 gr.
Chlorhydrate basique de quinine.....

Injecter une seringue entière de Pravaz, qui contient ainsi 0,75 centigr. de sel de quinine.

2° *Élément infectieux secondaire.* — Il y a 19 ans, à propos de la variole (1), j'avais établi la distinction capitale entre « la septicémie *hétérochtone* » qui n'est autre que l'infection primitive, et la « septicémie *autochtone* » produite par la résorption des matières septiques, et la rétention, dans l'organisme, des produits excrementitiels. De nos jours, on a changé les mots, on appelle la septicémie autochtone, une *auto-intoxication*, ce qui ne change en rien les choses. Cette septicémie autochtone, ou encore cette auto-intoxication, est une *infection secondaire* de l'organisme favorisée par l'insuffisante épuration des émonctoires, laquelle a pour conséquence la rétention, dans l'économie, d'un grand nombre de substances toxiques. Donc, comme je l'ai prouvé il y a 19 ans pour la variole, une des indications thérapeutiques les plus importantes et les plus urgentes dans toutes les maladies *primitivement* infectieuses, consiste à combattre toutes les causes de l'infection *secondaire*.

Or, quelle est la cause principale de cette infection secondaire ?

C'est assurément l'insuffisance des divers émonctoires, et surtout la moindre perméabilité des reins. Il faut donc favoriser et exciter leur fonctionnement. Donnez des diurétiques, et surtout du lait, faites de l'antisepsie intestinale si les garde-robes présentent une fétidité anormale, en prescrivant un mélange à parties égales de salicylate de bismuth (ou plutôt de salicylate de magnésie et de naphtol, 0,50 cent. de chaque, deux ou trois fois par jour ; chez les vieillards atteints d'affection prostatique ou de catarrhe vésical, faites de l'antisepsie des organes génito-urinaires en ordonnant du salol (2 à 3 gr. par jour, en cachets de 0,50 centigr. à 1 gr.), faites fonctionner la peau par des frictions excitantes ; pour atteindre un triple but, pour exciter la diurèse, tonifier le cœur et fortifier l'organisme, pratiquez plusieurs fois par jour une injection de caféine d'après la formule suivante de Lanret. (Je la préfère à celle de benzoate de soude et de caféine dont j'ai souvent donné la formule, parce qu'elle ne renferme que 0 gr. 25 de caféine par seringue, tandis que celui-ci en contient environ 0,40 centigrammes) :

Caféine..... 3 gr. 10
Salicylate de soude..... 6 gr.
Eau distillée.....
Faites la solution à chaud.

Pour soutenir l'état général, sans omettre de fortifier le cœur, prescrivez la potion de Todd avec addition de 10 à 30 gouttes de teinture de digitale.

3° *Élément pulmonaire.* — La lésion du poumon doit être surtout combattue dans les cas où, gagnant en étendue et se compliquant de congestion périphérique, elle devient dangereuse par les symptômes asphyxiques qu'elle provoque, ou par les troubles plus ou moins profonds de l'hématose qu'elle détermine. Surveillez donc les progrès de cette lésion, faites appliquer des ventouses sèches et scarifiées ; au besoin même, et dans certains cas malgré les tendances adynamiques de la maladie, n'hésitez pas à pratiquer une saignée générale.

Voici un malade : il est fort, vigoureux ; la dyspnée est intense, la face est rouge et vultueuse, le pouls fréquent, fort et vibrant, la fièvre véhémente ; à la poitrine, vous avez constaté tous les signes d'une pneumonie, mais autour d'elle et même loin d'elle, dans le poumon opposé, il y a des râles crépitants très fins, témoins d'une sorte de congestion pulmonaire œdémateuse, le flot congestif monte et menace le malade dont la face devient légèrement cyanosée... Alors, ouvrez la veine, pratiquez une saignée de 200 à 300 grammes au plus, et vous serez parfois étonnés de l'amélioration produite.

Voici un autre pneumonique, il n'est plus jeune : c'est un goutteux, ou encore il a commis quelques excès qui ont altéré son système artériel ; le cœur insuffisamment nourri par ses vaisseaux rétrécis, se dilate, et vous constatez, aux deux bases, les signes d'une congestion pulmonaire passive ; la dilatation cardiaque s'accuse, le cœur n'a plus assez de force pour lutter contre les obstacles circulatoires de la périphérie, et le malade va succomber à cette espèce d'asystolie aiguë, d'origine pulmonaire... Là, quel doit être le but de votre thérapeutique? Favoriser, faciliter le travail du cœur en favorisant et en facilitant la circulation périphérique. La saignée répond à cette indication.

Ainsi donc, la saignée n'est nullement indiquée contre l'exsudat pneumonique, elle ne peut rien contre lui ; mais elle peut agir contre les congestions secondaires qui s'ajoutent à l'hépatisation, dans des pro-

(1) Etude sur les causes de la mort dans la variole (*Arch. de méd.*, 1871).

Digitized by Google

portions variables, selon les cas : congestion collatérale, congestion réflexe de l'un et de l'autre poumon, congestion passive par insuffisance cardiaque (Hanot).

Telles sont, dans la grippe *pneumonique*, les indications principales de la saignée que je ne crains pas de réhabiliter. On a beaucoup trop saigné autrefois, et maintenant on ne saigne plus assez, tant il est vrai que l'esprit humain se porte toujours aux extrêmes et qu'il est comme un homme ivre à cheval : quand on le relève d'un côté, il tombe d'un autre.

Mais, lorsque dans la grippe, vous pratiquez une ou plusieurs saignées, n'oubliez jamais les tendances adynamiques de la maladie, et pour les combattre, pratiquez plusieurs injections d'éther et de caféine dans les heures qui suivent l'émission sanguine.

4° *Élément cardiaque.* — Inutile d'insister. J'ai parlé souvent du danger cardiaque dans les pneumonies, danger que l'on peut et que l'on doit conjurer par quelques préparations de digitale, par des injections de caféine, et au besoin même par une saignée.

Je me résume : Dans toute pneumonie, et surtout dans les pneumonies grippales, vous avez, au point de vue thérapeutique, à surveiller quatre éléments de la maladie : l'infection primitive, l'infection secondaire, l'état du poumon, l'état du cœur.

Contre la forme infectieuse grave d'emblée : injections d'éther et de caféine, boissons alcooliques, quinquina, quinine à l'intérieur ou en injections hypodermiques. Mais, ces injections d'éther et surtout celles de caféine sur lesquelles j'insiste depuis si longtemps, *doivent être pratiquées hâtivement* ; dès que vous avez constaté l'existence d'une pneumonie grippale avec tendances adynamiques, vous devez faire usage de ces injections caféiques, au début même de la maladie, et non à son déclin, à une période où elles deviendraient impuissantes ; car elles ont pour but, non seulement de combattre l'adynamie, mais aussi et surtout de la prévenir.

Contre l'infection secondaire : diurétiques, laitage, antisepsie intestinale, etc.

Contre l'état pulmonaire : ventouses sèches et scarifiées, ipéca à petites doses, au besoin une à deux saignées ; les vésicatoires ne sont utiles qu'au commencement de la convalescence, si la résolution tarde à se faire.

Contre les conséquences du retentissement cardiaque : la digitale, la caféine, et même la saignée.

On voit que je ne parle plus de la fameuse médication contro-stimulante ni des expectorants, c'est-à-dire du tartre stibié, du kermès, de l'oxyde blanc d'antimoine, etc. Ces médicaments qu'on emploie encore d'une façon banale, sont le plus souvent inutiles dans la plupart des pneumonies, ils sont nuisibles dans les pneumonies grippales.

III. — Au point de vue thérapeutique, nous aurions encore à nous occuper de la forme catarrhale légère, des formes douloureuses et fébriles, enfin de la forme gastro-intestinale. On trouvera les éléments de ces indications médicamenteuses dans le MEMENTO THÉRAPEUTIQUE que j'ai fait paraître dans ce journal, dès le mois d'octobre 1889, et sous ce titre : *Principales indications thérapeutiques dans la grippe.*

IV. **État grippal.** — Il est une forme de la maladie qui n'a pas été encore décrite et que je désigne sous le nom *d'état grippal* : On est en pleine épidémie ; le malade n'a pas de fièvre et paraît à peine atteint, il va et il vient.... Mais, il tousse un peu, il éprouve un état de faiblesse des membres inférieurs et une courbature générale, des douleurs vagues un peu partout, de petits frissons ou simplement des horripilations fréquentes, il a perdu l'appétit et présente quelques symptômes d'embarras gastrique. Cet homme, surveillez-le, car il est en imminence morbide de grippe, et lorsque l'épidémie est grave, comme celle que nous traversons, laissez peu sortir ce candidat à la grippe, prescrivez-lui de bien se couvrir, d'éviter les refroidissements, les courants d'air, etc.

Enfin, votre malade a eu la grippe. La fièvre est tombée, les symptômes catarrhaux ont presque disparu. Ne vous hâtez pas de donner trop tôt à votre malade la clé des champs. Car, souvent c'est un simple armistice, il vous faudra de nouveau combattre le lendemain, parce que *la grippe est une maladie à reprises, et à surprises.* A la moindre imprudence, à la suite d'une sortie prématurée, la maladie peut reprendre avec une nouvelle intensité.

Ainsi donc, règle générale : Si le malade n'est pas complètement guéri, il faut encore le garder sept ou huit jours à la chambre pour le prémunir contre les causes de refroidissement ; s'il est guéri, il faut encore l'empêcher de sortir pendant quatre ou cinq jours au moins. Car, il ne faut pas l'ignorer : La grande cause de la grippe, c'est le froid, ce sont les refroidissements, ce sont surtout les alternatives de chaud et de froid. Que d'accidents on peut ainsi éviter, lorsque le public, instruit de la gravité de l'épidémie, connaît l'importance de ces moyens si simples de prophylaxie!... Dans toute épidémie, les intérêts sanitaires d'une population passent avant tous les autres. Ceux qui ont la garde et la défense de l'hygiène publique ne doivent jamais oublier ces principes ou les laisser oublier.

HENRI HUCHARD.

Digitized by Google

CHRONIQUE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Au sujet de l'avancement des médecins de la réserve et de l'armée territoriale.

Le décret du 18 décembre dernier règle la situation des médecins de la réserve et de l'armée territoriale au point de vue de l'avancement. Il importe que tout médecin soit au courant de ces dispositions, puisque, d'après la nouvelle loi militaire, les médecins, comme les autres citoyens, appartiennent à la réserve jusqu'à l'âge de 30 ans, à l'armée territoriale jusqu'à 36 ans, à la réserve de l'armée territoriale jusqu'à 45 ans.

Jusqu'à présent, l'avancement en grade des médecins de la réserve et de la territoriale était réglé par le décret du 10 janvier 1884, complété par celui du 2 mai 1887, et dont voici le résumé :

1 Les docteurs en médecine, à leur passage dans la réserve, sont promus au grade d'aide-major de 2e classe (sous-lieutenant). Ce grade ne leur est conféré que s'ils justifient de certaines connaissances professionnelles et administratives qui font l'objet d'un examen d'aptitude spécial.

2° Exceptionnellement, les médecins professeurs dans les Facultés peuvent être promus *d'emblée* au grade de major de 2e classe (capitaine) dans la réserve, et du major de 1re classe (commandant) dans la territoriale.

De même les professeurs agrégés, les chefs de clinique, les médecins des hôpitaux peuvent être promus d'emblée au grade de major de 2e classe dans la réserve ou la territoriale.

3° L'avancement des autres médecins se fait par ancienneté et par corps d'armée, sur des listes de choix constatant l'aptitude des intéressés.

4° Les médecins de territoriale sont rayés des cadres de l'armée quand ils ont accompli le temps de service prescrit par la loi (à 45 ans). Néanmoins, sur leur demande, ils peuvent être maintenus jusqu'à l'âge de 65 ans pour les principaux et majors de 1re classe, et de 60 ans pour les autres.

Tels étaient les usages établis. Il faut même avouer qu'ils n'étaient pas suivis avec une grande uniformité, et que cette question de l'avancement pour les médecins de réserve et de territoriale se ressentait un peu de la période transitoire par laquelle passait l'organisation de la médecine militaire.

Le décret du 18 décembre 1889, vient de donner de la netteté et de la précision à ces règles. Je vais en résumer successivement chaque article et en tirer les conclusions qui s'imposent.

On doit remarquer que tout ce qui sera dit à propos des docteurs en médecine s'applique également aux pharmaciens de première classe : ceux-ci étant nommés pharmaciens aides-majors et majors dans les conditions où les médecins sont nommés médecins aides-majors et majors.

On remarquera aussi qu'il n'est question ni des officiers de santé, ni des pharmaciens de deuxième classe. Les officiers de santé n'obtiennent jamais le rang d'officier dans la réserve ou la territoriale ; on a créé pour eux un emploi spécial, celui de médecin auxiliaire, équivalant au grade d'adjudant ; il n'y avait donc pas lieu de les comprendre dans un décret sur l'avancement des officiers. Quant aux pharmaciens de 2e classe, ils étaient autrefois nommés pharmaciens auxiliaires, mais cet emploi a été supprimé. Actuellement, on n'a pas encore statué sur leur situation : ils suivent le sort commun à tout Français qui entre dans l'armée. Comment faut-il interpréter le décret du 18 décembre 1889 ?

Art. 1. — En temps de paix, les médecins de la réserve et de la territoriale ne peuvent parvenir à un grade supérieur à celui de major de 2e classe dans la réserve, et de principal de 2e classe dans la territoriale.

On comprend facilement cette restriction, si l'on songe que les médecins civils quittent la réserve à 30 ans et la territoriale à 45 ans. Or il est rare qu'à pareil âge les médecins de l'armée active soient arrivés aux grades correspondants.

D'ailleurs, les art. 6 et 13 accentuent encore cette subordination des médecins de réserve et de territoriale aux médecins de l'armée active. Remarquons aussi qu'il n'est question que du temps de paix ; l'art. 14 parlera de l'avancement en temps de guerre.

L'avancement a lieu sur l'ensemble des médecins et pharmaciens de réserve et de territoriale, dans chaque hiérarchie respective.

C'est-à-dire que les médecins avancent sur l'ensemble des médecins, les pharmaciens sur l'ensemble des pharmaciens, mais qu'on ne réunit pas la liste des médecins et celle des pharmaciens pour régler l'avancement sur l'ensemble des deux professions.

Art. 2. — L'avancement à tous les grades de la hiérarchie est donné exclusivement au choix.

On sait que dans l'armée active, du moins jusqu'à certains grades, l'avancement est donnée partie à l'ancienneté, partie au choix. Ainsi, parmi les lieutenants qui passent capitaines, deux tiers sont nommés à l'ancienneté, un tiers au choix ; parmi les capitaines passant commandants, la moitié est nommée à l'ancienneté, l'autre moitié au choix. Pour les médecins de la réserve et de la territoriale, l'ancienneté n'est pas connue ; le choix seul décide de l'avancement.

Les propositions pour l'avancement sont établies soit au moment où les officiers quittent l'armée active par retraite ou par démission.

Ceci, pour les médecins militaires, qui se retirent volontairement ou qui sont arrivés à la limite d'âge.

Soit à la suite d'une période d'instruction ou à l'occasion de l'inspection générale.

Cette disposition vise les médecins civils.

Art. 3. — Nul ne pourra en temps de paix être proposé pour le grade de médecin-major de 2e classe s'il n'a subi avec succès un

Digitized by Google

examen dont le programme est fourni par le Ministre de la guerre. Cet examen est indépendant de celui qui est exigé pour être nommé médecin auxiliaire ou aide-major de 2e classe.

Ceci est une innovation. On a voulu faire du grade de médecin-major de 2e classe (capitaine) une pierre de touche servant à reconnaître les médecins civils vraiment désireux d'être à la hauteur de leurs fonctions militaires.

La filière des examens sera donc la suivante : premier examen d'aptitude, subi par les étudiants, après leur 12 inscription. A la suite de cet examen, ils sont nommés médecins auxiliaires. Plus tard, reçus docteurs, ils sont nommés aides-majors de 2e classe, sans passer de nouvel examen, celui de médecin auxiliaire suffit. C'était l'ancien usage, et il est maintenu. Mais la nouveauté, c'est qu'un second examen d'aptitude est exigé des candidats au grade de médecin-major de 2 classe (bien entendu après avoir passé par le grade d'aide-major de 1re classe). Le programme de cet examen ne nous est pas encore connu. Se rapprochera-t-il du programme imposé aux médecins auxiliaires par le règlement du 6 avril 1888, ou en différera-t-il notablement ? Nous l'ignorons.

Art. 4. — Il indique la manière dont sont confectionnées les listes pour l'avancement. Elles sont établies chaque année, à la suite de l'inspection générale, de concert entre le général commandant le corps d'armée et l'Inspecteur général du service de santé. Chaque corps d'armée établit ainsi une liste régionale qui est adressée au Ministre. Celui-ci fixe le nombre des candidats à prendre en tête de chaque liste, et tous ces candidats tête de listes, définitivement maintenus, sont réunis en une liste unique par ordre d'ancienneté. C'est là le tableau d'avancement.

Art. 5. — Les médecins de réserve et de territoriale ne peuvent être proposés pour l'avancement que s'ils réunissent les conditions d'ancienneté absolue exigées par la loi du 14 avril 1832.

Ces conditions sont les suivantes : il faut au moins deux ans au grade d'aide-major de 2e classe pour passer aide-major de 1re classe ; deux ans de grade d'aide-major de 1re classe pour passer major de 2e classe ; quatre ans de grade de major de 2e classe pour passer major de 1re classe ; trois ans de grade de major de 1re classe pour passer principal de 2e classe. En temps de guerre, ces conditions d'ancienneté sont réduites de moitié ; on ne tient même pas compte de l'ancienneté dans le cas d'une action d'éclat mise à l'ordre du jour, ou dans le cas d'impossibilité de pourvoir autrement aux vacances.

Art. 6. — Les officiers de réserve ne sont nommés au grade supérieur qu'après tous les officiers du corps de santé de l'armée active ayant une ancienneté égale ou supérieure à la leur.

Ceci ne s'applique qu'aux médecins de réserve.

On comprend en effet combien il serait anormal de voir un jeune aide-major de réserve promu major de 2e classe avant des aides-majors de l'active plus anciens que lui. Par suite, pour qu'un aide-major de réserve ayant, je suppose, 6 ans d'ancienneté de grade, puisse être nommé au grade supérieur, il faut que tous les aides-majors de l'armée, ayant 6 ans d'ancienneté, aient déjà été promus. Les médecins de réserve, bien que passant au choix sur leurs camarades de la réserve, prennent néanmoins la suite, à leur tour d'ancienneté, après tous leurs camarades de l'armée active.

Art. 7. — L'ancienneté de grade est déterminée par la date du décret de nomination. Le temps passé dans leurs foyers pour les médecins de réserve compte pour l'ancienneté, déduction faite des interruptions de service par suite de mise hors cadres, de suspension d'emploi ou de démission.

Art. 8. — Les médecins de réserve et de territoriale devront avant d'être proposés pour l'avancement, avoir accompli au moins une période d'instruction dans leur dernier grade.

Ces dispositions ne demandent pas d'explications.

Art. 9, 10 et 11. — Ces articles ont été rédigés dans le but de faciliter et de hâter l'avancement pour les médecins dont la valeur scientifique est reconnue. Ces médecins peuvent être inscrits *d'office*, c'est-à-dire hors tour, au tableau d'avancement ; à condition, pour les médecins-majors de 2e classe, qu'ils aient subi l'examen prescrit par l'art. 3, qu'ils aient l'ancienneté absolue requise (Art. 5), et qu'ils aient accompli une période d'instruction (Art. 8). Voici les catégories admises par le décret :

Inscription d'office successivement pour les grades d'aide-major de 1e classe, de major de 2e classe dans la réserve ou la territoriale, et de major de 1e classe dans la territoriale seulement : Les médecins professeurs titulaires des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de l'Etat, les pharmaciens professeurs titulaires des Ecoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes.

Inscription d'office successivement pour les grades d'aide-major de 1e classe et de major de 2e classe : Les médecins et pharmaciens professeurs agrégés dans les Facultés de l'Etat, les professeurs dans les Ecoles de plein exercice ou préparatoires de médecine et de pharmacie, les pharmaciens professeurs agrégés des Ecoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes, les médecins et phamarciens des hôpitaux dans les villes de Faculté où ces emplois sont donnés au concours.

Inscription d'office pour le grade d'aide-major de 1e classe : les professeurs suppléants dans les Ecoles de plein exercice ou préparatoires de médecine et de pharmacie, — les chefs de clinique, les prosecteurs des Facultés de l'Etat ou des dites Ecoles nommés au concours, — les médecins et pharmaciens d'hôpitaux dans les villes autre que celles des Facultés où ces emplois sont donnés au concours, — les anciens internes des hôpitaux des villes qui possèdent une Faculté ou une Faculté mixte de l'Etat.

L'énumération est assez complète pour ne pas exiger de commentaires.

Art. 12. — Cet article rappelle que les médecins dont il vient d'être question, tout en étant proposés d'office, ne peuvent être promus au grade supérieur *dans la réserve* qu'après les médecins de l'armée active d'une ancienneté égale ou supérieure à la leur, promus au tour du choix. C'est-à-dire qu'ils prennent place à la suite des aides-majors de l'armée active de leur ancienneté proposés au choix.

Art. 13. — A grade égal, les médecins de l'armée active ont le commandement sur ceux de la réserve et de l'armée territoriale.

Digitized by Google

Ainsi, dans un hôpital, dans une ambulance où se trouvent deux médecins majors de même grade, l'un appartenant à l'armée active, l'autre à la réserve, c'est le médecin de l'armée active qui sera médecin-chef et qui dirigera l'établissement, quand bien même le médecin de réserve serait plus ancien de grade que lui.

Toutefois, ceux qui ont servi dans l'armée active conservent les droits que leur conférait leur rang d'ancienneté au moment où ils ont quitté l'armée.

C'est-à-dire que les médecins militaires démissionnaires ou retraités appartenant à la réserve ou à la territoriale conservent les prérogatives de leur ancien grade, et qu'ils peuvent traiter avec les médecins de l'armée active sur le pied de l'ancienneté.

Les médecins et pharmaciens servant dans la réserve ou la territoriale avec le grade dont ils étaient pourvus dans l'armée active auront le commandement sur les officiers du corps de santé de réserve et de territoriale ayant le même grade.

Ceci est encore en faveur des médecins militaires retraités ou démissionnaires, qui sont considérés comme faisant toujours actuellement partie de l'armée, et qui, à ce titre, ont le commandement sur les officiers de réserve et de territoriale.

Art. 14. — En temps de guerre, les médecins de réserve ou de territoriale peuvent obtenir de l'avancement au choix dans les mêmes conditions que les médecins de l'armée active, sans que les grades ainsi obtenus leur créent des droits à être maintenus dans ladite armée.

Un jeune médecin de réserve qui, par sa belle conduite et ses services pendant la campagne, a été nommé médecin-major de 1re classe, ne peut exiger, après la guerre, d'être maintenu dans les rangs de l'armée active avec son grade.

En somme, les modifications vraiment importantes apportées au décret du 10 janvier 1884 peuvent être ainsi résumées :

1° Les grades dans la réserve et la territoriale sont limités (Art. 1er).

2° Le grade de major de 2e classe (capitaine), pour les médecins de réserve et de territoriale, est un grade fermé, en ce sens que nul ne peut y être promu sans subir un examen spécial, indépendant de l'examen initial qui a été passé au début de la carrière.

3° Les médecins de réserve ne peuvent être nommés à un grade supérieur, qu'autant que les médecins de l'armée active ayant même ancienneté qu'eux, aient tous atteint ce grade, néanmoins, les aide-majors de réserve proposés d'office viennent immédiatement après les aide-majors de l'active de leur ancienneté proposés au choix, et n'attendent pas le passage des autres aide-majors proposés seulement à l'ancienneté.

4° Les professeurs suppléants des Ecoles préparatoires, les médecins d'hôpitaux nommés au concours (dernier paragraphe de l'art. 11), ne peuvent plus être proposés d'office que pour le grade *d'aide-major de 1re classe*, au lieu du grade de *médecin major de 2e classe* que l'ancien décret leur attribuait.

5° Enfin il n'est plus question de maintenir les médecins de la territoriale après l'expiration du temps qu'ils doivent à l'Etat. Le décret de 1884 les autorisait à rester dans la territoriale jusqu'à l'âge de 60 et de 65 ans suivant le grade ; le nouveau décret n'en parle pas. Je crois cependant, sans pouvoir l'affirmer, que cette disposition subsiste toujours.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

DE FRANCE ET DE L'ÉTRANGER

Société de médecine pratique de Paris (octobre et décembre 1889). — I. *Des propriétés hémostatiques de l'antipyrine, de la thalline, de l'antifébrine et de la phénacétine.* — II. *De la transmission de la tuberculose par voie de fréquentation.* — Société médicale de Reims (novembre 1889). — III. *Traitement de la pustule maligne par le sublimé.* — IV. *Traitement des endométrites par le chlorure de zinc.* — Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (novembre 1889). — V. *Du traitement de l'eczéma variqueux.*

I. Des propriétés hémostatiques de l'antipyrine, de la thalline, de l'antifébrine et de la phénacétine. — Les travaux de M. Hénocque, et les résultats obtenus par MM. Huchard et Arduin, n'ont pas été stériles. Voici qu'à son tour un savant médecin brésilien, M. Moncorvo les confirme : seulement au lieu de limiter ses essais d'hémostase sur l'homme et les animaux au premier de ces remèdes, il les étend à la thalline, à l'antifébrine et à la phénacétine.

Ces substances s'emploient en nature, au moyen d'un tampon, soit sur place s'il s'agit d'une hémorrhagie traumatique, soit en tamponnement quand on veut arrêter une épistaxis, soit même en irrigation avec une solution concentrée quand il s'agit d'une cavité profonde ou de difficile accès.

En résumé, voici les conclusions de M. Moncorvo.

L'antipyrine ainsi que la thalline sont des agents hémostatiques dont l'efficacité dépasse celle de leurs congénères en ce qui concerne leur action directe sur le foyer hémorrhagique.

Cette propriété hémostatique a été mise en évidence, tant par l'expérimentation sur les animaux que par la clinique, contre les épistaxis, les hémorrhagies dentaires, les métrorrhagies et les hémorrhagies traumatiques.

L'acétanilide, et la phénacétine, ne semblent guère jouir de la propriété hémostatique. Toutes deux sont donc inférieures à l'antipyrine sous ce rapport comme sous les autres.

L'hémostase due à l'antipyrine et à la thalline paraît pouvoir être expliquée par l'action constrictive qu'elles exercent sur les vaisseaux aussi bien que par la coagulation du sang qu'elles semblent activer sur place. Cette interprétation n'est pourtant jusqu'à présent qu'une hypothèse qui demande la confirmation de nouvelles expériences.

II. De la transmission de la tuberculose par voie de fréquentation. — La question que M. Cazenave de la Roche traite avec une si grande compétence clinique est toute d'actualité.

Digitized by Google

Sans tomber dans les exagérations absolument invraisemblables des contagionistes allemands ou autres, qui voient dans un simple baiser donné à un phtisique, ou dans l'usage des tapis, toilettes et tapisseries de sa chambre à coucher, une source phtisiogène, il est aujourd'hui parfaitement établi par l'observation clinique et expérimentale, que la cohabitation entre époux partageant le même lit, est une des causes les plus actives de la contagion bacillaire.

Sur 158 cas de contagion matrimoniale, la *British medical Association* constatait en 1883, 119 cas de transmission tuberculeuse. Hammer a vu le mari infecter successivement quatre femmes qui ont succombé. Mac Dawiel (*British*, janvier 1883) cite un phtisique qui infecte trois femmes successivement. La raison de cette différence s'explique : elle est toute physiologique.

M. Cadier a apporté, à cette place, par son travail sur la *Phtisie laryngée primitive acquise par cohabitation* (1) un appoint non sans portée sur la question. Anatomiquement situé pour recevoir de première main la contagion bacillaire, le larynx devra être naturellement plus souvent le siège de la contamination phtisiogène que l'organe pulmonaire. La description anatomo-pathologique que l'auteur donne de la marche destructive du processus au sein de l'organe larynge mérite une attention toute particulière.

Mais si la science est aujourd'hui pleinement renseignée sur la contagion matrimoniale de la phtisie, elle reste indécise sur la possibilité de cette contagion par la *fréquentation répétée du phtisique*.

C'est de ce mode de transmission de la tuberculose que M. Cazenave de la Roche s'occupe. Bergeret, Bove, Villemin ont publié des observations à l'appui, mais elles n'ont pas paru assez concluantes. Le fait clinique suivant semble indiscutable ; la contagion bacillaire par fréquentation s'y montre en pleine lumière, dégagée de toute autre causalité phtisiogène.

Une jeune fille de seize ans, constitution primitivement robuste ; bien équilibrée, tempérament lymphatique nerveuse, réglée à quatorze ans, et bien réglée depuis, fille de père et de mère jouissant d'une excellente santé, est mise en pension à Lyon à l'âge de quinze ans. Elle y a joui jusqu'en avril dernier d'une santé parfaite ; ce fut seulement à cette époque que sans cause appréciable, elle commença à tousser. Cette toux d'abord sèche ne tarda pas à devenir humide, et à coïncider avec perte d'appétit, pâleur, amaigrissement et fièvre vespérale. Effrayé des progrès que la maladie faisait de jour en jour, le médecin de la pension conseilla le renvoi immédiat de la jeune fille dans sa famille. A son arrivée MM. Grassel et Caise, de Montpellier, constatent une tuberculose à marche rapide ayant débuté par le poumon droit et menaçant déjà le poumon gauche.

On était en droit de se demander par quelle porte la phtisie, — et ces portes sont nombreuses — avait pu pénétrer sur un terrain que les antécédents de la jeune fille lui fermaient. Une enquête plus complète établit que dans la pension de Lyon où la jeune malade avait été placée se trouvait une religieuse phtisique avancée qui avait pour sa jeune élève la plus vive sympathie et dans la chambre de laquelle Mlle A. passait chaque jour de longues heures. Ces rapports d'intimité n'avaient cessé qu'avec la mort de la religieuse. La phtisie par fréquentation n'était plus douteuse.

Mlle A. fut envoyé aux Pyrénées. Les effets thérapeutiques de la cure sulfureuse en furent relativement favorables, mais bien passagers, car, cette jeune fille succomba deux mois après son retour chez elle.

Il découle de l'énoncé de cette intéressante observation dont on doit remercier M. Cazenove de la Roche que la phtisie est transmissible par la fréquentation répétée d'un phtisique ; 2° que conformément à l'indication clinique formulée par M. Lancereaux les phtisies acquises débutant généralement par le poumon droit, assertion dont M. Cazenove de la Roche souvent a constaté la parfaite exactitude. La disposition anatomique de la bronche droite comparé à celle du côté gauche explique cette tendance relative; 3° Enfin notre confrère ajoute que, dans sa pratique déjà longue, il a constaté que la phtisie acquise soit par contagion matrimoniale, familiale, atmosphère nosocomiale ou comme dans ce cas, par fréquentation de phtisique, affecte toujours une marche plus rapide dans son évolution, et revêt plus particulièrement la forme caséeuse, que la phtisie héréditaire. Cette tuberculose transmise offre des chances de curabilité plus grandes à la condition toutefois de lui opposer dès le début une médication des plus énergiques.

III. **Traitement de la pustule maligne par le sublimé.** — Tout dernièrement (1) M. Troquart (de Bordeaux) communiquait une note sur ce sujet, à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. Voici un autre fait, recueilli et communiqué à la Société médicale de Reims par notre très-distingué confrère M. Lécuyer (de Beaurieux).

Il s'agissait d'une pustule maligne située sur la région dorsale de la main droite, datant de huit jours et dont l'incubation avait demandé quinze jours.

Assisté de M. le Dr Fené, notre savant confrère, opéra hardiment, en disséquant la partie gangrenée le plus profondément possible jusqu'aux tissus sains.

Quand la plaie fut bien nette, il la bourra avec dix grammes de sublimé en poudre. Aussitôt la fièvre diminua, les douleurs devinrent tolérables.

Le lendemain on compléta le pansement par l'addition de poudre de sublimé sur les parties ayant mauvais aspect. On pratiqua un pansement ouaté et après huit semaines, cette plaie, qui mesurait 13 centimètres de longueur, sur 10 de largeur était complètement cicatrisée.

M. Lécuyer estime que ce traitement donne des résultats constants quand il est appliqué en temps opportun. On ne saurait trop signaler le fait qu'il publie et qui confirme cette conclusion.

IV. **Traitement des endométrites par le chlorure de zinc.** — Devant cette même société M. Moret, s'est fait l'avocat du crayon de chlorure de zinc contre les endo-

(1) *Revue générale de clinique et de thérapeutique* n° 42-43, 1889.

Digitized by Google

métrites. Voici le procédé qu'il recommande et qui ressemble à celui de M. Dumontpallier.

1° Nettoyage préalable de la cavité vaginale et du canal utérin avec une solution de sublimé.

2° Cathétérisme cervico-utérin, au moyen d'une bougie flexible, supérieure à l'hystéromètre pour éviter toute lésion de la muqueuse.

3° On retire la bougie, on remarque sa courbure et on introduit un crayon de chlorure de zinc ainsi composé :

Farine de seigle	8 parties
Chlorure de zinc	1 partie

Le crayon mesure de 4 à 6 millimètres d'épaisseur et doit pénétrer jusqu'au fond de la cavité.

4° On tamponne le cul-de-sac postérieur du vagin au moyen de coton hydrophile imprégné d'iodoforme. Finalement tamponnement du vagin avec l'ouate en retirant le spéculum.

Les suites de l'opération consistent en douleurs, un peu de fièvre, de la rétention urinaire passagère, et la chute d'une eschare après dix à douze jours. Après cette élimination, on cathétérise avec une bougie N. 15 dont on augmente le calibre jusqu'au N. 21, pour éviter les rétrécissements et les douleurs dysménorrhéiques.

La guérison demande un mois, pendant lequel on pratique quotidiennement la désinfection par les irrigations au sublimé.

V. Un traitement de l'eczéma. — Ce traitement que M. Davezac a recommandé à ses collègues de la Société de médecine de Bordeaux, consiste dans l'application de la pommade suivante :

Oxyde de zinc	ãã 1 gr.
Talc de Venise	

Triturer et ajouter peu à peu :

Vaseline	20 gr.
Goudron végétal	1 gr.

L'oxyde de zinc a pour but de combattre le prurit, le talc, de protéger les surfaces malades, le goudron d'agir à la manière d'un antiseptique et d'un désodorisant.

On applique ce topique dès que par des bains ou des cataplasmes on a obtenu la chute des croûtes. De plus, on ne doit pas en faire usage contre tous les eczémas et notre confrère bordelais le prescrit seulement contre les eczémas variqueux. Il va sans dire que ce traitement local doit avoir pour auxiliaire la médication générale classique. S. R.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 7 janvier 1890)

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

Prophylaxie de la tuberculose. — M. G. Sée fait connaître les mesures prises, il y a cent ans, dans le royaume de Naples pour combattre la tuberculose. Le médecin était tenu, sous peine d'une amende de 100 ducats la première fois et de bannissement en cas de récidive, de faire connaître les cas de tuberculose qu'il avait à soigner. La maison du tuberculeux était mise à l'index ; ses effets étaient brûlés. De Renzi montre que ces mesures produisirent un mal incalculable, mais que la tuberculose ne diminua pas du tout.

Il répète que le phtisique n'est pas dangereux par lui-même ; il ne l'est que par son crachat. Si la contagion par l'air existait, il faudrait fermer l'asile de Villépinte. Toute la prophylaxie de la tuberculose se borne à faire cracher les malades dans un crachoir rempli d'eau. Les remèdes sont inutiles pour guérir la phtisie, celle-ci est curable, nous ignorons par quels procédés, mais le fait est vrai. Que faire ? Tout simplement recommander des soins de propreté, soutenir les forces du malade, le mettre à un régime graisseux. Tout phtisique qui engraisse est en voie de guérison.

M. Tarlat montre que la phtisie n'est héréditaire, au plus que dans la moitié des cas et encore suivant les médecins qui admettent le plus cette hérédité. Acceptons donc que la phtisie peut être héréditaire. Que veut dire cette hérédité ? Ou bien le nouveau-né porte en lui le bacille tuberculeux ; ou bien le nouveau-né a reçu l'aptitude à engendrer le bacille ; ou bien il a reçu une disposition en vertu de laquelle il est un bouillon de culture tout préparé.

Or on sait aujourd'hui qu'il est tout à fait exceptionnel de trouver des bacilles chez le nouveau-né. La genèse du tubercule dans l'organisme est-elle possible sans transmission d'aucune sorte ? Non, aucun individu n'engendre des bacilles tuberculeux s'il n'en a pas reçu. La génération spontanée du bacille n'existe pas.

La tuberculose évolue d'une façon très-variable suivant les individus. Le bacille pénètre par les muqueuses respiratoires ou digestives ou par les plaies. La tuberculose est donc simple dans ses voies d'entrée.

La tuberculose en Algérie. Celle-ci montre, d'après M. Vidal, une fréquente croissance chez les indigènes. La province d'Alger est la plus frappée. La tuberculose en Algérie est due peut-être au grand nombre de phtisiques qu'on envoie dans ce pays. Les phtisiques à la première période se trouvent bien du séjour en Algérie. Quand ils ont des cavernes il n'en est pas de même.

M. Commenge lit une note sur la fréquence des maladies vénériennes dans les différentes classes de prostituées. La syphilis est 18 fois plus fréquente chez les insoumises que chez les autres. F. R.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Denguistes et influenzistes. — La grippe au ministère. — La mortalité parisienne. — La grippe dans l'armée.

Enfin l'accord semble se faire entre les épidémiologistes. Il en est temps.

Plus de *denguistes*, plus *d'influenzistes*, tous *grippistes* : pardonnez-moi ces barbarismes. On en revient à l'idée classique que Graves, Huxham, Monro et les autres se faisaient de la symptomatologie et du pronostic de la grippe.

Félicitons-nous de cet accord : par contre, on est généralement moins satisfait des délais que les hauts fonctionnaires sanitaires ont pris pour mettre le public en garde contre la fâcheuse insouciance d'une fausse sécurité et les exagérations d'un affolement irréfléchi.

(1) Voir. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1889.

Digitized by Google

Aujourd'hui, on finit donc par où on devait commencer. On avoue la vérité; il est un peu tard pour le faire. Les optimistes enregistrent leur défaite, et, dans les cercles officiels, on le dit assez haut pour qu'on l'entende, plus d'un regrette les affirmations hasardées qu'emporté par son zèle de consolateur hygiénique, il laissa tomber dans l'oreille des interwievers de la grande presse et même, circonstance aggravante, du haut de la tribune académique.

D'autre part, hélas, ceux que l'on taxait de pessimistes, n'éprouvent pas les remords d'un pronostic trop sévère en lisant le dernier rapport de M. Proust, les statistiques de notre très distingué confrère Bertillon et la circulaire dans laquelle le Ministre de la guerre traduit en termes administratifs les sages prescriptions du Conseil de santé de l'armée.

Ces documents démontrent, en effet, ce que les prévisions pessimistes « formulées par M. Ollivier à « deux reprises, devant l'Académie et devant le Con- « seil d'hygiène ne se sont malheureusement que trop « bien réalisées. » Cette appréciation n'est pas celle d'un pessimiste, je la trouve dans les colonnes d'un journal, le *Bulletin médical*, dont on ne contestera pas, je pense, les relations excellentes et bien connues avec certains membres du Comité d'hygiène.

Je commence par le rapport de l'Inspecteur général des services sanitaires. Il y a quelques jours, ce fonctionnaire pouvait, je pense, être considéré comme un optimiste; témoin sa déclaration académique et les conclusions de son rapport au Préfet de police sur l'épidémie des Magasins du Louvre. C'était dans la première quinzaine de décembre.

La seconde quinzaine arrive : le beau ciel bleu s'était, paraît-il, couvert de nuages. Cet optimisme avait diminué et à la question formulée par le Ministre de l'Intérieur, M. Proust, répond par cette phrase qui mérite d'être reproduite :

« On note depuis quelques jours, dans l'épidémie ac- « tuelle, quelques formes infectieuses et une gravité ex- « ceptionnelle ».

Il invoque le témoignage de l'histoire. Il rappelle au ministre, qui, profane en médecine, est certes en droit de les ignorer — les épidémies de 1733, 1743 et 1762. Cette érudition sanitaire n'aurait perdu aucune de ses vertus en se montrant un mois plus tôt. De plus ne pensez-vous pas qu'elle en aurait acquis d'autres en rappelant les noms et les travaux des maîtres contemporains, MM. Hérard, Potain, Jaccoud et autres, qui, à propos des épidémies de 1868, 1875 et 1880, ont signalé les accidents de la grippe et prouvé que cette affection n'est pas toujours bénigne quand on oublie les précautions hygiéniques ?

Celles-ci, je m'empresse de l'ajouter, M. Proust les indique, en recommandant « de se vêtir chaude- « ment, dès que l'on est grippé, de ne pas s'exposer « au froid, de se traiter immédiatement et de sur- « veiller sa convalescence ,etc., etc.

Inutile de poursuivre l'énumération de ces conseils. Elle est banale, et la plupart des journaux médicaux ou extra-médicaux la formulent.

Vraiment, c'était arriver un peu tard que d'attendre le 30 décembre 1889 pour leur donner la sanction officielle !

* *

La *Statistique* municipale établit que cette épidémie que l'on disait « si bénigne » pour « ne pas alarmer les intérêts commerciaux » a déjà fait plus de victimes que le choléra parisien de 1884.

Pendant sa durée, le chiffre des décès n'excéda jamais 1500 par semaine, et voici qu'en décembre 1889, on a compté une mortalité de 5909 décès alors que cette mortalité s'élevait à 3784 seulement dans la période correspondante de 1888.

A quelle cause attribuer cette excessive mortalité ? D'après M. Bertillon, aux maladies des organes respiratoires et aux affections chroniques qui se sont trouvées subitement aggravées ; à la pneumonie (346 décès durant la 52e semaine au lieu de 67 en 1888) ; aux bronchites (258 au lieu de 89 en 1888) ; à la broncho-pneumonie (138 au lieu de 27 en 1888), enfin aux congestions pulmonaires (140 décès au lieu de 76 en 1888).

Un grand nombre de phisiques ont succombé (421 au lieu de 181) : Il en est de même des cardiaques (123 au lieu de 65), des vieillards (78 au lieu de 18) et des hémiplégiques (81 au lieu de 58).

Cette semaine, la première de 1890, les décès s'élèvent à 2939 environ, c'est-à-dire au double de ceux de la première semaine de 1889. Quelle épidémie bénigne ! N'est-ce pas ? Et cependant, que mon savant confrère M. Bertillon me pardonne cette remarque, sa stastistique est incomplète. Cette semaine, je le répète, il faut y ajouter une nouvelle victime.... c'est, le rapport de l'Inspecteur des services sanitaires le prouve... l'optimisme de M. Proust.

* *

Le Conseil de santé militaire et la Direction du service de santé, au Ministère de la guerre, ne partagent pas cet optimisme. A ce point de vue, la circulaire ministérielle résume nettement des règles de prudence hygiénique qu'on ne saurait trop recommander. En voici quelques-unes ; par leur caractère pratique, elles méritent d'être signalées.

La durée des exercices en plein air, spécialement le matin, sera courte, et ces exercices seront réglés de telle sorte que les périodes d'immobilité soient aussi peu prolongées que possible, et que les hommes soient presque continuellement tenus en mouvement. Cependant, un entraînement progressif et modéré est un des moyens d'obtenir la résistance à l'influence épidémique de la part des hommes qui n'en sont point encore atteints.

Lorsque les localités s'y prêteront, les exercices auront lieu dans des endroits clos et couverts.

Les postes et corvées devront être réduits au strict nécessaire. Les sentinelles seront relevées toutes les heures, et on veillera à ce qu'elles portent leur manteau de guérite.

En dehors du quartier, les troupes à cheval devront avoir le manteau ; dans l'infanterie, la veste sera toujours

Digitized by Google

portée sous la capote. En raison des complications abdominales fréquentes dans l'épidémie en cours, il sera fait usage de la ceinture de flanelle.

Dans le cas où la maladie tendrait à se propager dans un corps de troupe, le général commandant de corps d'armée pourrait, sur l'avis du directeur de service de santé, ordonner l'allocation temporaire d'une infusion légère de thé sucré (3 grammes de thé et 10 grammes de sucre) par homme et par jour, qui sera distribuée aux hommes dans l'intervalle des repas (matin et soir).

Des locaux suffisants seront préparés dans chaque casernement pour recevoir au besoin les malades légèrement atteints, et soigner les convalescents sans encombrer les infirmeries. Ces locaux seront convenablement chauffés, l'expérience ayant prouvé que le principal danger de la grippe vient de l'action pénétrante du froid sur les organes respiratoires déjà influencés.

Les médecins surveilleront très attentivement les malades atteints d'une affection, même légère, des voies respiratoires, et ceux que leurs antécédents morbides et leur constitution organique signaleraient comme devant offrir moins de résistance à la maladie.

Toutes les précautions utiles seront prises pour que les malades ne soient pas exposés à se refroidir pendant leur transport à l'hôpital.

Et maintenant, ne pensez-vous pas qu'au lieu d'inspirer une trompeuse sécurité, le devoir des fonctionnaires sanitaires était, dès le début de l'épidémie, de mettre le public en garde contre les dangers de la maladie? On aurait peut-être ainsi diminué le nombre des victimes. En tous cas, on aurait évité une émotion fâcheuse et difficile à calmer, dont M. Proust et ses rares avocats restent aujourd'hui les seuls à s'étonner.

Ch. Eloy.

INFORMATIONS

PARIS

Faculté de médecine. — *Thèses de Doctorat*, (18 *décembre*). MM. *Gordon* : De la taille hypogastrique chez l'enfant; — *Valentin* : De la délivrance dans le cas de fœtus mort et macéré. — *Tissier* : Essai sur la pathologie de la sécrétion biliaire. Etude chimique expérimentale et clinique. — *Amiard* : Traitement de l'ongle incarné.

(19 *décembre*). MM. *Lepicard* : Contribution à l'étude des troubles nerveux chez les arthritiques. — Mlle *Coulaceff* : Déchirures et perforations des petites lèvres dans les accouchements. — *Legay* : Du massage et principalement de son application au traitement des paralysies. — *Orval* : Des lymphangites vénériennes de la verge. — *Larcher* : Des paupières rudimentaires chez l'homme. — *Morlat* : Contribution à l'étude du traitement du phlegmon diffus (méthode de Dolson). — *Kyrohen* : Dyssenterie palustre. — *Moussaud* : Des varices de la vulve et des hémorrhagies consécutives à leur rupture. — *Bergada* : De l'incision transpleurale appliquée aux collections sous-phréniques, et en particulier aux kystes hydatiques du foie.

8 *janvier* 8190. — M. *Azam* : Contribution à l'étude du traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand; — M. *Epron* : Contribution à l'étude des anévrysmes intra-craniens de la carotide interne et de ses branches; — M. *Dusser* : Des hémorrhagies gastro-intestinales chez les nouveau-nés; — M. *Baudry* : Etude critique de la méthode des doches vaginales pour la provocation de l'accouchement prématuré artificiel.

9 janvier. — M. *Deroche* : Etude clinique et expérimentale sur les amyotrophies réflexes d'origine articulaire; — M. *Giraud* : Traitement de l'urethrite blennorrhagique par le salol; M. *Darricarrière* : La paralysie générale dans l'armée; — M. *Maret* : De l'ablation des tumeurs de la zône motrice du cerveau.

Une mesure de salubrité médicale. — *Un retrait d'autorisation d'exercer la médecine.* Mieux vaut tard que jamais : Remercions le ministre de l'Instruction publique de la décision qu'il vient de prendre à l'égard du comte de Broc. L'année dernière, un de nos correspondants nous signalait les prospectus scandaleux que ce guérisseur ambulant distribuait dans tous les départements.

La décision ministérielle enlève à ce médecin d'origine italienne l'autorisation d'exercer la médecine, et donna satisfaction aux plaintes unanimes de nos confrères, dont l'un de nos correspondants (Voir : *Revue générale de clinique et de thérapeutique* 1889) s'était fait l'interprète à cette même place.

Félicitons M. Leroy de son énergie à dénoncer ces abus, et espérons que ce précédent permettra au *Bureau de l'Union des Sociétés médicales d'arrondissement de Paris* d'obtenir gain de cause dans les revendications qu'elle formule si équitablement par la plume de son énergique secrétaire général, M. Philbert.

Société médico-pratique. — Composition du bureau pour l'année 1890 :

Président, M. Michel-Dausac; Vice-présidents : MM. Descroizilles et Boutin; secrétaire général M. Cyr; secrétaire général-adjoint, M. Tripet; secrétaires annuels, MM. P. Blocq et D. Labbé; trésorier, M. F. Vigier.

Séance du 13 janvier : Ordre du jour :

1° Installation du bureau.

2° Rapport de M. Philbert sur la candidature de M. Rabion.

3° Rapport de M. Vigier sur les finances de la Société.

4° M. Gautrelet, recherches sur l'électricité animale.

5° M. Duchesne, de la thérapeutique tœnicide.

6° M. Desnos, pratique de l'antisepsie dans les maladies des voies génito-urinaires.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs *Belot de Regla* (de Paris), *Meleux*, Directeur de l'Ecole de médecine d'Angers, *A. Masson* (de Mirecourt) et *Cosson* (de Paris). M. Cosson était membre de l'Institut (Académie des Sciences), depuis 1873, Il avait soutenu en 1847 une thèse estimée, sur l'extirpation du rectum et, après divers travaux sur la flore algérienne, devint Président de la Société botanique de France. C'était l'un des botanistes les plus distingués de ce siècle. MM. *Vernières* (de Noisiel), *Dupasquier* (de Varennes-le-Grand), *Chevalier* (de Constantine), *Dupin* (de Bordeaux), *Hainaut* et *Blondeau* (de Paris). *Ribell* chirurgien honoraire des hôpitaux de Toulouse.

Le Directeur-Gérant. Henri Huchard.

Paris. — Imprimerie Décembre, 326, rue de Vaugirard.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE — N° 3 — 16 JANVIER 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD. — RÉDACTEUR en CHEF : M. Charles ELUY

COMITÉ de RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ.

AVIS. — Le plus grand nombre des abonnements expirant à la fin de l'année, l'Administrateur de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, prie instamment nos souscripteurs de lui faire parvenir par mandat-poste, le montant de leur renouvellement pour l'année 1890, afin d'éviter tout retard dans la réception du journal.

THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

Traitement des folliculites et des périfolliculites décalvantes.

Ces affections sont fort nombreuses ; mais elles ne présentent pas un bien grand intérêt pratique. On peut les diviser en deux grands groupes secondaires : 1° *les folliculites et périfolliculites décalvantes disséminées*, lesquelles sont le plus souvent symptomatiques d'irritations artificielles ou de maladies générales ; 2° *les folliculites et périfolliculites décalvantes groupées ou agminées*.

1° Le premier comprend la plupart des dermatoses pustuleuses pouvant entraîner la suppuration du follicule, telle que *la variole, la syphilis*, et toutes les variétés d'*acné*. Parmi elles, je signalerai surtout *l'acné atrophique ou ulcéreuse* des auteurs français, (acné varioliforme des Allemands), affection des plus rebelle qui se localise de préférence au front et aux tempes vers la limite antérieure du cuir chevelu et laisse après elle des cicatrices déprimées comme celles de la variole. Le traitement des alopécies tenant à ces lésions se confond avec celui de la maladie qui en est la cause.

2° Le deuxième groupe comprend *les sycosis parasitaires et non parasitaires* qui donnent parfois lieu à un peu d'alopécie, mais qui ne peuvent guère être considérés comme des folliculites décalvantes, et toute une série d'affections encore mal connues et à peine décrites, des plus rares, dont nous allons dire quelques mots.

Ces faits sont caractérisés : 1° par un processus inflammatoire folliculaire et périfolliculaire ; 2° par une destruction complète de la papille pileuse donnant lieu à une alopécie définitive ; 3° par la formation ultérieure d'un tissu ayant plus ou moins l'apparence d'un tissu de cicatrice ; 4° par une certaine tendance qu'ont les lésions à s'agminer ou à se grouper. Ils sont vraiment dignes du nom de *folliculites décalvantes*.

Au point de vue purement clinique et objectif on peut, à l'heure actuelle, en distinguer les variétés suivantes :

A. — La première variété est fort rare ; au premier abord elle simule la pelade avec laquelle il est probable qu'on l'a confondue jusqu'ici. On pourrait lui donner le nom de *pseudo-pelade*. Le processus morbide n'y est caractérisé que par une légère tuméfaction et une légère teinte rosée du cuir chevelu autour du poil atteint ; parfois même ces caractères manquent. Si l'on exerce une traction fort légère sur ce poil, on voit qu'il vient avec la plus grande facilité. Lorsqu'il a été enlevé ou qu'il est tombé spontanément, le processus inflammatoire se calme, mais il a produit l'atrophie complète de la papille et la cavité définitive qui ne renferme plus qu'un cuir chevelu blanc, lisse, comme cicatriciel, paraissant atrophié, souvent déprimé et sur lequel il n'y a plus vestige ni de poil ni de duvet, ce qui distingue essentiellement cette affection des pelades vraies. Le processus morbide envahit les poils voisins sans suivre de marche excentrique bien régulière ; il envoie au contraire des prolongements très bizarres de forme dans les régions saines : on peut même trouver çà et là de petites plaques alopéciques complètement isolées.

Cette première variété n'a jamais encore été décrite, et personnellement je n'en ai observé que cinq cas. Il m'est impossible de donner des renseignements précis sur son étiologie et sur sa médication. Je crois qu'on doit, jusqu'à plus ample informé, soupçonner qu'elle est de nature parasitaire et la traiter en conséquence. On fera donc des lotions avec une solution de sublimé au 1000e ou au 500e, si le malade peut la supporter, et on fera des applications de pommade mercurielle au turbith minéral ou au précipité jaune, par exemple. Si ce procédé ne réussit pas, on aura recours à la médication soufrée, en particulier à une des pommades soufrées dont nous avons donné plus haut la formule, et que l'on emploiera pure, ou additionnée de naphtol ou de résorcine.

B. — La deuxième variété a été récemment décrite par M. le D. Quinquaud. Le processus morbide y acquiert un degré d'intensité de plus que dans la première variété. Les lésions folliculeuses y revêtent divers aspects : « le plus souvent ce sont des points purulents, des sortes d'abcès miliaires, du volume d'une tête d'épingle ou même moins volumineux, punctiformes, du centre desquels émerge un poil qui s'arrache avec facilité. Le poil est détruit très vite et tombe bientôt spontanément ; il ne repousse pas, car le processus inflammatoire produit l'atrophie définitive du follicule pileux et de ses annexes. Aux points atteints, lorsque la maladie a évolué, le cuir chevelu est lisse, poli,

Digitized by Google

d'un blanc mat, comme atrophié, aminci et déprimé ; il a parfois un aspect cicatriciel, et rappelle un peu les cicatrices laissées par le favus. Les plaques alopéciques sont irrégulières, de grandeurs variables, mais elles n'atteignent pas d'ordinaire des dimensions comparables à celles des plaques de pelade ; elles sont disséminées çà et là dans le cuir chevelu ; cependant les lésions ont une réelle tendance à se grouper en foyers principaux et secondaires. Chaque petit élément pustuleux reste distinct et ne forme pas par confluence avec les éléments voisins une masse rouge indurée et confuse comme dans les sycosis. Ce qui caractérise surtout cette affection c'est un microbe spécial, isolé, cultivé et inoculé par M. le Dr Quinquaud. D'après cet auteur, le traitement consiste : 1° A nettoyer avec soin le cuir chevelu en le lavant avec de l'eau savonneuse ; 2° à badigeonner tous les dix jours les régions avoisinantes avec de la teinture d'iode; 3° à lotionner tous les matins les plaques avec le liquide suivant :

Bichlorure d'hydrargyre	0,15
Biiodure d'hydrargyre	1 gr.
Alcool à 90°	60 gr.
Eau	500 gr.

M. s. a.

On peut ainsi arrêter la marche de l'affection, mais le malade n'en conserve pas moins une alopécie irrémédiable.

C.— La troisième variété s'observe surtout à la barbe, et le processus morbide y offre encore un degré d'intensité de plus. Les lésions inflammatoires sont caractérisées par de grosses pustules périfolliculaires, par de la rougeur et de l'épaississement du derme, par de la production de croûtes et de squames : il y a ici confluence des éléments voisins. En un mot, la maladie ressemble surtout au sycosis non parasitaire arrivé à un degré d'inflammation et d'infiltration du derme très accentué. Elle en diffère par sa tendance constante à une extension centrifuge régulière, et à une atrophie totale du système pilo-sébacé. Tous les poils des parties atteintes sont, en effet, radicalement détruits. Il persiste après l'évolution du processus une cicatrice centrale plus ou moins dure, épaisse, kéloïdienne : elle peut être lisse et unie ; le plus souvent elle présente à sa surface de petits tractus fibreux plus ou moins saillants et irréguliers. Cette affection a une tendance constante à gagner par les bords comme une affection parasitaire : à mesure qu'elle s'étale, le processus décalvant et cicatriciel se produit au centre, qui n'offre plus de pustules, se dépouille de croûtes et de squames, et présente l'aspect si spécial que nous venons de lui décrire, tandis que, tout autour de lui, se trouve une couronne de tissu rouge, épaissi, enflammé, criblé de folliculites, couvert de croûtes et de squames, zône d'activité de l'affection. La maladie gagne ainsi constamment dans les régions velues, laissant après elle un derme privé de tous ses éléments glandulaires et pileux, c'est-à-dire une alopécie définitive. Les foyers ne sont pas multiples et disséminés çà et là ; le plus souvent il n'y en a qu'un ou deux, rarement davantage, mais ils peuvent atteindre les plus grandes dimensions, si l'on n'institue pas un traitement des plus énergiques.

Cette dermatose diffère des sycosis parasitaires et non parasitaires par sa marche si spéciale et par sa tendance si caractéristique à laisser après elle une alopécie définitive. On pourrait la rapprocher des affections rangées jusqu'ici sous le nom de lupus, qui produisent, elles aussi, comme nous l'avons dit plus haut, des alopécies irrémédiables : elle en diffère cependant par sa limitation aux régions pileuses, par l'absence constante de tubercules lupiques, par son aspect qui n'est ni celui d'un lupus vulgaire, ni celui d'un lupus érythémateux. Cependant plusieurs dermatologistes français ont porté en présence de cas typiques de cette maladie le diagnostic de *lupus acnéique* ; nous avons mieux aimé lui donner le nom de *sycosis lupoïde*, nom qui nous paraît avoir l'avantage de rappeler les deux affections dont elle se rapproche le plus au point de vue symptomatique.

Le traitement qui nous a paru le mieux convenir à cette variété est celui du lupus vulgaire. Nous prescrivons des lavages quotidiens des parties malades avec une solution de sublimé au 1000e ou même au 500e si le malade peut les supporter, puis nous faisons faire des applications d'emplâtre de Vigo ; si les tissus sont trop enflammés nous substituons à cet emplâtre l'emplâtre rouge de M. le Dr E. Vidal qui est moins irritant et dont voici la formule :

Minium	2.50
Cinabre	1.50
Diachylon	26

F. s. a. un sparadrap.

Enfin nous pratiquons, quand nous en voyons la nécessité, des cautérisations ignées, soit avec la pointe fine, soit avec la grille du galvanocautère, et surtout des scarifications linéaires quadrillées assez profondes pour atteindre les limites du mal. Ces scarifications faites tous les huit jours assoupliront beaucoup le tissu de cicatrice consécutif quand il sera trop induré et trop irrégulier. Nous renvoyons pour plus de détails au traitement des lupus.

D. — A côté de ce type, et surtout du précédent (de celui de M. le Dr Quinquaud), il semble exister toute une série d'autres alopécies que l'on commence seulement à étudier et qui sont caractérisées, elles aussi, par un processus inflammatoire circumpilaire et une tendance à l'atrophie cicatricielle du derme, mais qui diffèrent de celles que nous venons de décrire par quelques traits assez importants ; aussi ne peut-on pas encore, jusqu'à plus ample informé, les identifier avec elles.

C'est ainsi que M. le Dr E. Besnier a montré dans son service une alopécie cicatricielle consécutive à l'évolution de pustulettes circumpilaires, et qui avait tout-à-fait l'aspect de lésions faviques. Inutile d'ajouter qu'il n'existait pas chez ce malade d'achorion Schœnleinii. En certains points du cuir chevelu et de la barbe se trouvaient

Digitized by Google

d'autres plaques alopéciques semblables à celles de la pelade M. le Dr Quinquaud a déclaré que ce n'était pas son type morbide, ainsi que je l'avais cru tout d'abord. Ce fait semble se rapporter à l'acné décalvante de M. le Dr Lailler.

Il existe encore une autre forme d'alopécie cicatricielle à début circumpilaire, laquelle semble assez nettement caractérisée comme type clinique. M. le Dr E. Besnier en a étudié plusieurs cas, et, pour ma part, j'en ai déjà vu des exemples. La maladie commence par de la rougeur, puis par des pustules circumpilaires, lesquelles donnent lieu à des croûtes : celles-ci finissent par tomber et disparaître après un laps de temps qui peut durer des semaines et des mois ; il reste alors une rougeur desquamative et le processus cicatriciel s'accomplit. Il est caractérisé par des sortes d'érosions cicatricielles des plus irrégulières qui vallonnent et indurent un peu le derme : çà et là émergent quelques poils grêles cassés, au niveau de la peau, ou tout au moins peu vivaces entourés d'une petite saillie circumpilaire. La lésion dans son ensemble n'a pas de bords nets: elle forme cependant une ou plusieurs plaques principales qui vont en s'éteignant progressivement dans les parties saines, de telle sorte que l'on trouve çà et là disséminés quelques éléments isolés.

Cette affection s'observe surtout à la barbe ; elle est souvent symétrique. On ne lui a pas encore décrit de parasite spécial. Elle coexiste assez fréquemment chez le même sujet avec d'autres lésions acnéiformes, en particulier avec l'acné kéloïdienne de la nuque et avec l'acné pilaire de Bazin, acné varioliforme des Allemands, acné atrophique, acné ulcéreuse des auteurs. On en a à peu près sûrement décrit déjà des cas en Amérique sous le nom d'acné lupoïde.

Elle est des plus rebelles aux divers traitements. J'en ai amélioré des cas avec les préparations soufrées, avec les applications de solution de sublimé et de pommade au turbith minéral, avec les emplâtres rouges, de Vigo, et les scarifications ; mais je sais que chez un au moins de mes malades l'amélioration ne s'est pas maintenue.

E. — Nous croyons devoir aussi rapprocher de ce groupe de folliculites et périfolliculites décalvantes l'affection bien connue des dermatologistes français à laquelle on donne à l'hôpital Saint-Louis, de Paris, le nom d'acné kéloïdienne de la nuque ; nous le faisons d'autant plus volontiers qu'elle peut coïncider avec la forme précédente chez le même malade. Cependant le processus morbide y est moins nettement décalvant que dans les autres variétés. Nous nous bornons à en rappeler très brièvement les caractères principaux qui sont :

Sa localisation si spéciale à la nuque ; son début par une pustule indurée ayant pour centre un poil, lequel est le plus souvent complètement détruit, puis la formation lente et progressive d'indurations profondes du derme et d'un véritable tissu kéloïdien qui finit par constituer des tumeurs plus ou moins volumineuses, plus ou moins saillantes et étendues, presque toujours glabres, sur les bords desquelles on voit parfois des sortes de folliculites suppurées, traversées par des poils. Cette affection est des plus rebelles, et l'on est obligé d'employer contre elle les moyens que nous venons d'énumérer à propos de notre troisième variété ; souvent même ils ne réussissent pas et l'on a recours en dernière analyse au raclage et à l'ablation des nodosités.

En terminant nous mentionnerons, d'une manière générale, dans tous les cas où il se forme des pustules périfolliculaires, l'efficacité des lavages et des applications d'alcool absolu sursaturé d'acide borique. Quand il y a des phénomènes inflammatoires accusés, on en arrose des cataplasmes de fécule de pommes de terre : quand il n'y a pas d'inflammation vive on en imbibe une mince couche d'ouate hydrophile et l'on recouvre de taffetas gommé : dans ce dernier cas il arrive fréquemment que ces applications ne sont pas longtemps tolérées ; on les fait alors alterner avec d'autres topiques.

Dr Brocq

Médecins des hopitaux de Paris.

CLINIQUE MEDICALE

Le sommeil provoqué et les états analogues

En offrant au public une deuxième édition de son ouvrage, M. Liébeault se félicitait justement du progrès accompli dans les esprits depuis l'apparition de la première.

Nous ne sommes plus au temps, d'ailleurs peu éloigné, où l'on ne pouvait, sans être taxé de charlatanisme ou d'illuminisme, s'occuper de questions mises, pour ainsi dire, à l'index de la science officielle. Grâce à l'initiative courageuse d'illustres représentants de celle-ci, la défaveur qui s'attachait aux investigations poussées dans une certaine voie, n'existe plus ou, du moins, tend chaque jour davantage à disparaître, et les chercheurs sont admis désormais, sans risquer ni leur honneur ni leur crédit, à étudier des propriétés de la matière demeurées inaperçues des siècles précédents, s'agit-il même du « magnétisme animal ».

Un premier point à signaler dans le livre de M. Liébeault (1) c'est l'affirmation de l'auteur en ce qui touche l'identité du sommeil artificiel et du sommeil ordinaire. « La distinction du sommeil en ordinaire et en artificiel est sans fondement » dit notre confrère,... « le dormeur ordinaire entre dans le sommeil par une suggestion qu'il se fait à lui-même : celle de dormir, tandis que le dormeur artificiel y entre par une suggestion semblable, mais qui lui est faite. C'est la même chose au fond... Ce qui le prouve surtout, c'est que tous deux (les deux sommeils) sont presque toujours accompagnés de rêves; c'est.. qu'ils se transforment l'un dans l'autre. Par exemple,

(1) Liébeault. Le sommeil provoqué et les états analogues (Paris, 1889, O. Doin).

Digitized by Google

un dormeur artificiel abandonné à lui-même, cesse d'être cataleptique peu à peu et finit par entrer dans le sommeil ordinaire; ainsi un dormeur ordinaire, si on le touche en même temps qu'on lui parle avec douceur, parvient lentement et sans s'éveiller à se mettre en communication et à devenir cataleptique. » Les contradicteurs ne manqueront pas à cette manière de voir; il faut toutefois reconnaître qu'elle cadre parfaitement avec les autres idées exprimées dans le corps du volume, et qu'on aura quelque peine à la rejeter, si l'on accepte la doctrine générale du savant nancéen.

Cette doctrine repose en entier sur l'existence et l'activité d'une force nerveuse qui commanderait tous les phénomènes de l'économie. Ce facteur, que l'auteur désigne sous le nom d'attention, — un autre terme prêtant moins à confusion aurait peut-être mieux valu, — ce facteur, dis-je, est défini par M. Liébault une « force culminante active qui, procédant du cerveau et divergeant en deux grands courants, est consciemment, d'une part, le principe des phénomènes de la vie animale, et insciemment, de l'autre, des phénomènes de la vie de nutrition. »

L'attention, chez un individu donné, ne varie point en quantité; sauf quand la nutrition elle-même varie; mais elle se répartit, selon les personnes et les circonstances, de façons très différentes, soit qu'elle afflue à peu près également vers les divers organes, maintenant ainsi en équilibre « toutes les fonctions de l'organisme » et toutes les facultés de l'esprit », soit, au contraire, qu'elle s'accumule ici ou là, qu'elle délaisse plus ou moins certaines régions pour se condenser ailleurs, par exemple, dans un département musculaire, une portion du grand sympathique, un appareil sensoriel, une circonscription fonctionnelle du cerveau, ou dans plusieurs de ces points à la fois.

Ici je crois entendre des censeurs chagrins protestant contre ce qu'ils appelleront des suppositions gratuites. Qu'est-ce-que ce nouveau fluide? Qui a jamais vu et pesé l'attention? diront-ils; et comment attendre une lumière quelconque d'une entité purement subjective, quand il s'agit d'étudier des phénomènes objectifs? Je n'ai pas à répondre pour M. Liébeault; mais si j'étais moi-même interpellé de la sorte, je dirais que les hypothèses non vérifiables sont souvent d'une haute utilité, parfois même tout-à-fait indispensables au développement de nos connaissances les plus positives; que l'on serait fort en peine de discourir intelligiblement sur l'électricité, si l'on refusait d'employer les expressions d'électricité positive ou négative, du courant, de tension, etc., sous prétexte qu'elles ne répondent à rien de pondérable; et que les chimistes, surtout ceux d'aujourd'hui, auraient fort à faire, s'ils devaient renoncer à la conception des atomes. L'hypothèse non vérifiable est légitime, comme l'a fort bien expliqué Littré, pourvu qu'on se borne à en user comme d'un *artifice logique* et qu'on n'attribue pas aux mots plus de valeur qu'ils n'en ont.

Qu'on lise le livre de M. Liébeault, et l'on ne pourra s'empêcher d'admirer les clartés qu'il tire de son hypothèse première de l'attention. Grâce à elle, on voit le lien qui réunit les phénomènes les plus dissemblables, on coordonne, on subordonne les faits connus, on prévoit jusqu'à un certain point ceux qui ne le sont pas encore, et d'un amas d'observations exactes, mais incohérentes, on tend à constituer un système vraiment scientifique. Je n'exagère rien, et je recommande, à ceux qui m'accuseraient d'un enthousiasme excessif, les considérations de l'auteur sur la mémoire, les hallucinations, le génie, le rôle du système nerveux ganglionnaire, la fatigue, la réparation des forces, l'hypnotisation, la suggestion, la transposition (apparente) des sens, la double vue, la lucidité des somnambules, etc., et sur quantité de phénomènes étranges que d'aucuns se laissent aller à nier ou à tenir pour merveilleux. On remarquera en particulier le paragraphe consacré à la fascination: l'auteur y montre la réalité de cette dernière, et en donne une explication rationnelle, répondant victorieusement aux biologistes qui l'ont niée, parce qu'ils n'en soupçonnaient pas le mécanisme.

Le système qui explique les faits est le vrai, a dit Malebranche. Bien qu'un peu trop radicale, cette maxime a du bon, et pourrait être avantageusement méditée par les susceptibles que scandaliserait l' « attention » de M. Liébeault.

Est-ce à dire cependant que le cercle soit clos, et qu'on y ait tout introduit! Non assurément; au moins, dit-il, je crois difficile d'y faire actuellement rentrer des exemples de suggestion mentale comme celui que l'auteur, avec une loyauté parfaite, rapporte lui-même (page 295, note C), ou encore les transferts pathologiques d'un sujet à un autre, catégorie de faits dont on cherche vainement la mention dans le livre qui nous occupe. Mais le travail est tellement avancé, tellement satisfaisant dans les parties achevées, qu'il ne saurait être interdit d'espérer la disparition ultérieure des rares lacunes qu'on y relève.

Après de sincères éloges, que notre confrère veuille bien me permettre quelques critiques.

Et d'abord, un reproche touchant la forme. J'ai déjà dit mon sentiment au sujet du terme « attention », M. Liébeault ne s'offensera pas si j'ajoute, en insistant un peu plus, que l'expression *pensee insciente*, employée par lui, à propos de l'influence de l'attention sur le vie végétative, mériterait qu'on la remplaçât par une autre. N'y a-t-il pas une sorte de contradiction dans l'accouplement de ce substantif et de cet adjectif, pris au sens qu'on leur donne communément, et ne doit-on pas, dans l'intérêt des lecteurs faciles à dérouter, s'abstenir autant que possible de détourner les mots de leur signification traditionnelle!

Autre question de forme: l'habile médecin de Nancy a cru devoir donner à son livre celle d'une intéressante causerie plutôt que la carrure d'un exposé didactique.

Digitized by Google

L'œuvre y gagne en agrément : elle y perd, peut-être, en netteté. Ici encore le reproche est évidemment léger ; si l'on voulait en tenir compte, il suffirait, dans une prochaine édition, de semer, de loin en loin, quelques résumés aphoristiques dont le « coup d'œil rétrospectif » du chapitre V n'empêche pas de regretter l'absence.

Maintenant un petit désideratum. L'auteur, qui nous décrit si bien son « procédé pour endormir un voyant, pourrait-il nous dire comment il veut qu'on s'y prenne pour endormir un aveugle ? Au point de vue thérapeutique, la question n'est pas oiseuse, étant donné qu'on peut avoir à faire bénéficier de la suggestion curative un sujet privé de la vue. Nous trouvons, il est vrai, à la page 258, que la simple suggestion verbale suffit à M. Bernheim, et que l'auteur lui-même est presque arrivé à s'en contenter. Mais tout le monde n'est pas précédé auprès de ses « sujets » d'une réputation d'hypnotiseur et, par suite, d'un ascendant égal à celui de ces messieurs ; aussi bien me semble-t-il que la notion de quelques adjuvants, notion fournie par un maître tel que M. Liebeault, rendrait service à plus d'un praticien.

Ces critiques, on le voit, n'ont qu'une importance bien secondaire en face des louanges dont l'œuvre est digne. Je dois terminer par une observation plus grave.

S'occupant des faits, dits de possession et, en général, de ceux qu'on rapporte, vaguement ou expressément, au spiritisme, l'auteur, armé de son levier doctrinal, dégage la plupart d'entre eux du mystère qui les enveloppe, et n'a pas de peine à montrer qu'ils ressortissent aux lois naturelles dont tout son livre établit l'existence. Mais sa généralisation irait trop loin, à mon avis, si elle s'étendait à tous les phénomènes rangés dans l'ordre en question. Pour ne parler que du spiritisme, il me semble qu'on use beaucoup trop de ce mot comme d'une étiquette banale, couvrant nombre de faits absolument disparates, et qui n'ont de propre à les réunir que leur apparence extraordinaire. Or, si les uns se prêtent sans difficulté aux interprétations de M. Liébeault, il n'en est pas de même des autres ; l'honorable écrivain l'a reconnu lui-même dans son allusion aux recherches de Crookes et de Gibier ; seulement une courte note, rédigée en style dubitatif, imprimée en petits caractères, et mise accessoirement au bas d'une page, est vraiment bien insuffisante, lorsqu'il s'agirait d'éviter au lecteur les plus fâcheuses confusions.

Sous quelques réserves, je ne puis qu'applaudir à l'heureuse tentative de notre savant confrère. Son beau livre témoigne d'une grande puissance d'analyse et de synthèse : il ébranlera les sceptiques, fortifiera les adeptes, et sera éminemment profitable à tous ceux qui veulent voir dans l'hypnotisme et dans les questions qui s'y rattachent autre chose qu'un simple amusement.

Dr P. Gingeot,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

I. *Du zôna chez les enfants, son traitement.* — II. *L'influenza chez les enfants et son traitement.* — III. *L'allaitement par les nourrices réglées.*

I. **Du zôna chez les enfants, son traitement.** — Il venait, le 17 décembre dernier, à la consultation du dispensaire du IIe arrondissement, le jeune Adrien Ch..., âgé de 11 ans, grand, mince, (taille 1 m. 42, poids 31 kil.), mais bien portant d'habitude. Il présentait au niveau du troisième espace intercostal droit une éruption caractéristique de zôna. Deux groupes de vésicules en avant, du bord sternal à l'aisselle, un groupe en arrière vers l'épaule, dans le creux axillaire et le long de la face interne de l'avant-bras jusqu'à mi-chemin du coude, trois groupes, dont l'un encore tout jeune, composaient l'éruption.

Le petit malade se plaint d'un peu de démangeaison ; mais *aucune douleur* proprement dite, ni spontanée, ni à la pression ; la sensibilité est un peu obtuse à la piqûre autour des vésicules.

La santé générale ne souffre pas ; il n'y a qu'un peu d'embarras gastrique, pas de dilatation de l'estomac. Revu quatre jours après, il n'offrait pas de groupe nouveau.

Pas d'antécédents autres que la rougeole à 4 ou 5 ans.

Le père, ancien sous-officier, n'a pas fait de maladie sérieuse, la mère est bien portante, mais très nerveuse. Ce point d'étiologie confirmerait l'origine nerveuse du zôna, comme M. F. Dreyfous à la Société clinique (janvier 1889) l'a établi.

Cette observation rappelle celles que vient de publier M. Comby dans la *Revue des maladies de l'enfance*, où il insiste sur l'absence de douleur dans le zôna de l'enfant; tandis qu'on sait que chez l'adulte, la même affection est réputée faire le plus souffrir les malades (feu sacré, feu de Saint-Antoine) et cela avant, pendant et longtemps après l'éruption.

Ce caractère du zôna d'être indolore chez l'enfant semble assez constant. Il existait dans deux autres observations, l'une qui a trait à un garçon de treize ans que nous avons vu à l'hopisce des Enfants assistés, dans le service de notre maître, le Dr Sevestre, et dont l'éruption suivait les principales branches maxillaires du nerf trijumeau ; l'autre est celle d'un garçon de douze ans, atteint de zôna sur le trajet du nerf auriculaire du plexus cervical superficiel. Chez ces deux malades on remarquait la même indolence, quoique leur âge fût assez avancé. C'est en effet surtout chez les enfants plus jeunes que la chose a lieu.

D'après le mémoire de M. Comby, le zôna, rare chez l'enfant, 1 sur 1000, ne l'est pas plus que chez l'adulte ; le sujet le plus jeune qu'il ait observé avait 8 mois. S'il a rencontré des troubles digestifs (dyspepsie, dilatation de l'estomac, entérite), il a moins trouvé de nervosisme.

La bénignité de l'affection, qui guérit facilement, sauf complication (zôna ophthalmique), doit dicter une thérapeutique peu active.

Puisque, par le fait de la maladie, il y a à peine une cicatrice superficielle qui s'efface, il ne faut pas qu'il y en ait une indélébile par le fait du traitement. La première indication consiste donc à protéger les vésicules. C'est souvent la seule indication. On la remplit en saupou-

Digitized by Google

drant la partie avec de la poudre d'amidon, de talc, d'oxyde de zinc, de sous-nitrate de bismuth, de salicylate de soude, d'iodoforme, d'acide borique, de tannin, de plâtre, en recouvrant d'ouate et en laissant en place jusqu'à guérison.

On peut remplacer les poudres par les pommades à base de vaseline ou les glycérolés, de préférence additionnés de substances antiseptiques, vaseline boriquée, iodoformée, sublimée ou :

Vaseline blanche	50 gr.
Bi-iodure de mercure	5 milligr.
Essence de Wintergreen	ãã 1 à 11 gouttes
— de thym	

Nous ne recommandons point ni les cautérisations au nitrate d'argent, ni les bains, ni les douches, ni les vésicatoires, qui font déchirer les vésicules.

Chez les enfants peu dociles, le collodion élastique simplifie bien les pansements. On y incorpore de l'iodoforme en faibles proportions 1 à 2 0/0.

A côté du traitement local, le traitement interne vise l'état des voies digestives. Aux enfants issus d'herpétiques convient l'arsenic, à ceux des parents arthritiques, le salicylate, le bicarbonate de soude. Contre la fièvre, le sulfate de quinine, contre l'embarras gastrique, l'ipéca ou les purgatifs constituent le complément du traitement.

II. **L'influenza chez les enfants et son traitement.** — L'influenza offre chez l'enfant des particularités de symptomatologie, de diagnostic et de pronostic, dignes de remarques.

Chez le tout jeune enfant, jusqu'à 2 ans, la maladie peut débuter après quelques prodrômes, par des vomissements, de la diarrhée, une fièvre intense, 40° et plus, de la torpeur, mêlée dans certains cas d'agitation, de convulsions (West) ; l'enfant peut encore être pris au milieu de ses jeux de frissons et de fièvre. Un coryza d'intensité variable, de la laryngo-trachéite complètent le tableau des cas légers. Il s'y ajoute quelquefois de la conjonctivite avec œdème des paupières, de l'engorgement des ganglions lymphatiques du cou. En peu de jours l'enfant reprend son animation ordinaire, redemande le sein, et sauf une toux légère qui se prolonge quelques jours, tout rentre dans l'ordre.

Mais l'aggravation peut se faire dans deux sens, du côté du système nerveux, du côté des voies respiratoires. L'état de torpeur peut s'accentuer à tel point qu'il se transforme en collapsus dans lequel l'enfant succombe sans présenter de localisation ; d'autres fois le coryza est si intense que l'enfant ne peut plus téter et meurt d'inanition, si on n'y porte remède ; enfin il se fait du côté du poumon des poussées de congestion, de bronchite, de broncho-pneumonie, de pneumonie qui mènent à l'asphyxie.

Chez les enfants plus grands, depuis 5 à 6 ans, les formes qu'on voit chez l'adulte se rencontrent avec peu de variantes, mais spécialement la forme thoracique et la forme nerveuse fébrile. Cette dernière ressemble beaucoup, à son apparition, à la fièvre typhoïde et le diagnostic reste souvent en suspens ; mais dans l'influenza, le début se fait plus brusquement, la chute de la courbe se fait très-tôt, souvent dès les premiers jours, l'épistaxis s'accompagne de coryza, ; la rate ne serait pas grosse, les phénomènes douloureux plus accentués.

La bronchite simple, la coqueluche, seront éliminées d'abord par l'existence d'une épidémie, par l'état de prostration, la toux paroxystique, le coryza intense parfois, le début rapide, la dyspnée plus accentuée que ne le comportent les signes d'auscultation.

Des exanthèmes semblables à ceux de l'urticaire, de la scarlatine, des exanthèmes morbilliformes, des érythèmes, observés par divers auteurs, ont pu donner le change avec les fièvres éruptives.

Le traitement doit viser deux points principaux : 1° la fièvre, 2° la prostration.

Par le sulfate de quinine à doses assez élevées, l'alcoolature de racine d'aconit, on à raison de l'élévation de température. En Allemagne, on recommande les enveloppements d'eau froide, les bains froids ; cette médication s'applique aux cas graves, et il faut en surveiller l'application (1).

Contre la prostration, le meilleur remède est l'alimentation, quand elle est possible, en insistant sur les aliments facilement assimilables, comme le lait, les œufs ; l'alcool sous toutes ses formes, eau-de-vie, vin, kirsch etc., des petites quantité de thé avec du rhum relèvent bien les forces des bébés. Dans les cas plus sérieux, on donne le quinquina, sous forme d'extrait ou la liqueur suivante (Meigs).

Elixir de quinquina jaune	ãã 7 gr. 20
Curaçao	
Acide sulfurique dilué	XII gouttes
Eau	45 gr.

Une cuillerée à café toutes les heures.

La grippe a une telle tendance à l'adynamie qu'on ne saurait trop insister sur les analeptiques et les excitants, sels ammoniacaux, valériane, éther, liqueur ammoniacale anisée, camphre, musc, cannelle, etc. On peut formuler :

Teinture de cannelle	2 à 3 gr.
Sirop d'éther	10 gr.
Eau camphrée saturée	30 gr.

Par cuillerée à café dans la journée dans un peu de café noir sucré (3 ans).

A côté de ce traitement général vient celui des localisations : contre le coryza intense, se prescrivent les fumigations avec de l'infusion d'eucalyptus globulus, les pulvérisations légèrement phéniquées ou au thymol, les irrigations tièdes, émollientes, (Décoction de guimauve, infusion de sureau, additionnées de 2 à 3 0/0 d'acide borique), ou bien les irrigations glacées, les insufflations de quinine ou de tannin.

S'il y a tendance à la congestion cérébrale, on met des compresses froides ou une vessie de glace sur le front, et peut-être aussi quelques sangsues sur la cloison des fosses nasales (E. Kormann) et l'on fait de la dérivation avec des sinapismes, des enveloppements chauds sur les reins, les pieds et les mains.

Dans la bronchite intense, avec congestion pulmonaire, il faut insister sur les ventouses sèches, les révulsifs, la moutarde, le sinapisme à l'essence de térébenthine, suivi de cataplasme (Edw. Ellis).

Pour calmer la toux conviennent de petites doses d'o-

(1) E. Kormann : *Wien. Med. Blatt*, 1889, n° 52.

Digitized by Google

pium, la poudre de Dower par exemple, très recommandable chez les enfants, l'eau de laurier-cerise, d'amandes amères. Les expectorants ne doivent pas s'ordonner au hasard, mais dans les seuls cas où l'état général est bon.

Racine d'ipéca.....	0, 30 cgr.	pour une infusion
Eau.....	60 gr.	

ajouter :

Chlorhydrate d'apomorphine.....	0, 025 mgr.
Acide chlorhydrique dilué.....	II gouttes.
Liqueur ammoniacale anisée.....	2 grammes.
Sirop de polygala.....	20 grammes.

Toutes les heures ou deux, 1 cuillerée à dessert.

On maintient l'atmosphère chaude et humide dans la chambre.

Au moment de la convalescence, quelques laxatifs légers, le quinquina, le fer (solution d'albuminate de fer, de citrate, pyrophosphate), l'extrait de malt, les fomentations, les bains chauds et toutes les mesures hygiéniques sont de mise pour prévenir l'état chronique et la tuberculose.

III. **De l'allaitement par les nourrices réglées.** — Depuis Hippocrate et Galien, en passant par le moyen âge, nous vivions sur ce préjugé, car c'en serait un, à ce qu'il paraîtrait, qu'une nourrice réglée était une mauvaise nourrice. M. le Dr Schlichter a fait connaître des observations (à la Société impériale et royale des médecins de Vienne, le 6 décembre 1889), dans le but de nous prouver notre erreur. Ses premières constatations ressortissent à la chimie. Des échantillons de lait, recueillis avec toutes les précautions désirables, avant, pendant et après la menstruation, donnèrent à l'analyse pour la teneur en caséine des différences insignifiantes, pour la quantité de beurre des variations étendues, mais ne sortant pas de l'état normal, l'augmentation se produisant aussi bien au moment de la menstruation qu'après.

Une seule fois les substances albuminoïdes subirent une diminution de 1,55 0/0 à 1,09 ; le sucre, sauf une fois où il baissa de 1 1/2 0/0, ne varia pas sensiblement. Même remarque pour l'extrait sec.

Chez la vache, le moment du rut n'amènerait non plus pas grand changement; Fleischer aurait au contraire constaté l'augmentation de la quantité et de la densité du lait.

En somme, les différences de composition entre le lait des diverses périodes, avant, pendant, après la menstruation, n'égalent pas celles du lait des divers moments de la journée.

L'examen bactériologique du lait n'a donné que des résultats négatifs.

D'un autre côté, l'examen des nourrissons n'a pas montré qu'ils semblaient plus particulièrement agités et qu'ils cassaient juste à ce moment d'augmenter de poids à moins que le retour des règles se fit avant six semaines.

Sans être aussi absolu que l'auteur, on peut envisager l'apparition des règles avec moins de crainte pour l'enfant qu'on nous avait accoutumés sur la foi d'auteurs recommandables. Je crois que beaucoup d'accoucheurs modernes sont de cet avis. Aujourd'hui qu'il est un peu plus de mode que les mères nourrissent leur enfant, nous voyons souvent l'apparition des époques ne causer aucuns dommages aux bébés. Ce qui n'empêche pas que la menstruation ne soit une cause de diminution de la sécrétion lactée et même de sa cessation plus précoce.

Autre chose est l'existence d'une grossesse qui semble contre-indiquer la continuation de l'allaitement il est vrai, autant dans l'intérêt de la mère que dans celui de l'enfant. La femme en ceci paraît inférieure aux femelles des mammifères qui, non seulement nourrissent parfaitement leur petit pendant la période du rut, mais encore pendant qu'elles sont pleines, jusqu'au moment de la parturition (Exner).

Dr H. Gillet

REVUE BI-MENSUELLE DES CLINIQUES

DE FRANCE ET DE L'ÉTRANGER

CHIRURGIE

PARIS. — **Du diagnostic des contusions de la hanche.** La malade examinée par M. Le Fort est tombée de la hauteur de deux marches. Actuellement, elle est dans le décubitus dorsal complet. Le membre inférieur gauche est dans la rotation en dehors ; les deux talons ne sont pas au même niveau. La malade ne peut soulever la jambe gauche. Elle a 72 ans. On pourrait donc croire à une fracture du col du fémur, ce diagnostic serait erroné.

La rotation en dehors n'est pas un signe absolu de fracture. On la trouve dans toutes les affections de la hanche Le raccourcissement est un excellent signe de fracture quand il est réel, mais il faut distinguer le raccourcissement réel de l'apparent. En mettant la malade en bonne position, c'est-à-dire les deux épines iliaques sur la même ligne du membre, il faut, pour qu'il aie de la valeur, que la malade essaie de lever ce membre. Or, elle prétend essayer, mais il est facile de constater que ses muscles ne se contractent pas.

Quand il y a fracture du col, le grand trochanter est rapproché de l'épine iliaque. Or, ici, il n'en est rien, le trochanter est exactement sur la ligne tirée de l'épine iliaque à l'ischion. Il n'a pas changé de volume. Rien n'indique donc une fracture avec pénétration des fragments. Aurait-on affaire à une fracture intra-capsulaire ? Les signes de celle-ci sont : le gonflement de la région, l'effacement du pli de l'aine, le soulèvement des vaisseaux, Ici, rien de semblable.

On est donc en face de deux diagnostics : 1° contusion simple ; 2° fracture du col avec engaînement des fragments. M. Le Fort croit qu'il a affaire à une contusion simple. S'il est dans le vrai, quel pronostic doit-on porter ? Ce pronostic sera très réservé. Chez un vieillard, cet accident va laisser longtemps la malade infirme, boiteuse parce qu'il se fait de l'arthrite. Il ne faut donc pas croire à une guérison rapide au bout de quelques jours.

Quel sera le traitement ? Un coussin sous la jambe, formant plan incliné, de façon à relâcher les muscles et à donner le moins de fatigue possible à l'articulation.

ANGLETERRE. (*Londres*). — **Du diagnostic de la typhlite et de son traitement chirurgical.** — M. Treves admet trois sortes de typhlite.

Digitized by Google

1° *Forme légère.* — C'est la variété la plus commune. Elle se termine généralement par résolution et est justiciable du traitement médical. Cette forme est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. On la rencontre surtout chez les jeunes gens. Les malades sont généralement sujets à la constipation, ou ils ont de la diarrhée causée par une colite due à la présence des scybales. La douleur apparaît subitement. La fièvre est peu intense, les vomissements sont rares. La douleur ne s'irradie pas dans les parties voisines. On sent de bonne heure une tumeur dans la fosse iliaque droite: cette tumeur est assez volumineuse. Les troubles de la miction manquent le plus souvent. Tout se termine en trois ou sept jours.

2° *Forme grave.* — Cette variété se termine par suppuration. Elle débute généralement par l'appendice cœcal. Au début il y a des frissons. Généralement il n'y a eu auparavant ni constipation, ni trouble digestif. Règle générale, la constipation ne favorise pas le séjour des corps étrangers dans les diverticulums de l'intestin. La douleur est violente, les vomissements sont abondants. Il y a de la douleur à la pression. La fièvre est intense. La tumeur est lente à apparaître: elle n'est pas mobile sur les parties voisines. La douleur s'irradie dans le testicule, la cuisse et le périnée et augmente quand le malade remue la cuisse droite. Enfin, une tuméfaction localisée et de la matité indiquent l'imminence de la suppuration.

L'affection peut ne se révéler que par les signes d'une perforation intestinale, et le malade est à l'agonie, au bout de trente-six à quarante-huit heures. Dans d'autres cas, les symptômes sont latents ou extraordinairement longs à se produire. C'est dans cette forme de typhlite qu'un traitement chirurgical précoce est indiqué.

3° *Typhlite à rechute.* — Elle est ordinairement sous la dépendance d'une maladie de l'appendice cœcal qui se termine rapidement par suppuration. L'abcès se vide, mais, au bout d'un temps variable, il s'en reforme un nouveau. La maladie est due à la rétention de mucosités dans l'appendice cœcal.

Dans la première variété, il faut mettre le malade au repos complet, et administrer l'opium avec précaution. On donne aussi peu d'aliments que possible. On applique des sangsues au niveau de la fosse iliaque droite. On évacue le contenu du côlon avec les lavements.

Dans la seconde forme, il faut évacuer le pus aussitôt qu'il s'est formé. En général, on n'a pas besoin de recourir à l'opération avant le cinquième jour, à moins de symptômes graves. Comme le dit Bull, plus rapide est le développement des accidents, plus précoce doit être l'intervention chirurgicale. Les Américains recommandent beaucoup l'emploi des ponctions exploratrices. M. Trèves les condamne absolument. Si le pus est profondément situé et assez abondant pour exiger l'intervention, on peut diagnostiquer sa présence autrement qu'avec la ponction exploratrice. S'il est nécessaire de faire une exploration, mieux vaut avoir recours à une incision qu'à une aiguille qu'on plonge à l'aveugle et qui peut très bien produire une suppuration qui n'existerait pas sans elle. Il faut se rappeler en outre que les parois de l'abcès sont souvent constituées par le cœcum et des replis de l'iléocœcum. Dans ces cas, on ne peut introduire sans danger une aiguille dans l'abcès.

De plus, la ponction exploratrice donne souvent de faux résultats. Chez un malade de Bull elle n'avait pas révélé la présence du pus, alors que, par une incision, on en a évacué plus de 120 grammes.

Quant à l'endroit où on doit faire l'incision, on ne peut l'indiquer d'une façon absolue. Le mieux est d'endormir le malade, d'examiner avec soin les parois abdominales, en combinant cet examen avec le toucher rectal et d'inciser au niveau du point qui est le siège de la suppuration. On doit atteindre le pus par le chemin le plus court et s'assurer que son écoulement sera facile. La meilleure incision est celle qu'on a adoptée pour la ligature de l'iliaque externe. Une fois l'abcès ouvert, il faut éviter de gratter ses parois; on le nettoiera sans crainte avec une solution antiseptique chaude et on y introduira un grand tube à drainage ou une longue bande de gaze iodoformée. C'est alors que l'on ouvre l'appendice gangrené ou perforé. Puis on mettra une ligature au catgut sur la partie saine de cet appendice et on réséquera les parties au-dessous de la ligature, enfin si le cœcum est perforé, il faudra obturer l'ouverture par une suture. F. R.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

THÉRAPEUTIQUE

Du choix d'un anesthésique dans les opérations sur le larynx et le nez, par MM. les Drs W. Silk et Sotcken. — Le premier de ces observateurs conclut de son expérience personnelle et de la discussion des diverses méthodes en usage :

1° Que les inhalations de protoxyde d'azote offrent de réels avantages dans le cas où il s'agit d'opérations de courte durée.

2° Qu'à leur défaut, on peut employer l'éthérisation.

3° Que la chloroformisation doit être employée seulement quand l'intervention opératoire demande un certain temps. On doit en tout cas se contenter de provoquer la première période de l'anesthésie et la remplacer autant que possible par l'éthérisation.

Ajoutons que les conclusions de notre confrère américain sont en harmonie avec celles que M. Stoker soutient dans le même numéro de ce journal. Elles répondent aux opinions de beaucoup de chirurgiens américains et sont un témoignage que l'on invoquera dans le débat toujours pendant sur cette question, de l'autre côté du Détroit et de l'Atlantique (*Journ. of laryngology and Rhinology*, mars 1889). S. R.

Une indication du traitement de l'érysipèle, par M. le Dr M. Buch. — Il s'agit de la médication de Wolfer par une bandelette d'emplâtre agglutinatif appliquée sur les parties encore saines, et circonscrivant le bourrelet érysipélateux.

M. Buch a essayé, en mesurant la température, de déterminer le lieu d'élection le plus favorable pour l'application de ce pansement. En mesurant l'élevation thermique, M. Buch a constaté que cette dernière était plus élevée dans la zône de peau saine environnnant le liseré érysipélateux, et il en conclut que ces parties sont celles où les microbes pathogènes évoluent. Il faut donc appliquer l'anneau d'emplâtre au-dela du liseré érysipélateux et non pas à son niveau, si on veut circonscrire utilement la maladie. (*Finska Läkaresalk Handlingar*, novembre 1889.) S. R

Des indications du sulfate de spartéine, par MM. les

Digitized by Google

Drs Kurloff et Lewaschow. — M. Kurloff pense que l'alcaloïde du genêt convient surtout aux premiers troubles de la compensation, alors qu'une médication plus énergique n'est pas encore nécessaire. Dans certains cas, il obtint en effet l'augmentation de la pression, et la diurèse avec amélioration de l'état général. Dans d'autre, il n'y eut pas de mieux être ; enfin dans quelques uns il n'y eût aucune action. (*Deut. Arch. f. kl. Med.* Bd. 45, H. ft, 1 et 2, 1889).

M. Lewaschow reconnaît aussi à la spartéine une action inférieure à celle de la digitale, de l'adonis et du strophantus. Ces derniers ne trouvent pas un obstacle insurmontable dans l'ancienneté des lésions, les œdèmes et les congestions considérables. (*Zeits f. kl. Med.* Bd. XVI hf. t. 2 1889).

C'est un médicament des affections encore jeunes. Ses effets se prolongent de 3 à 6 jours, après qu'on a cessé de l'administrer ; quand ils se montrent, ils arrivent vite, quelquefois 1/4 d'heure après l'ingestion. La dose active oscille entre 5 à 30 centigr. par jour en trois ou quatre fois. H. Gillet.

Les propriétés et l'action thérapeutique de l'héplopappus Bailahuen, par MM. les Drs Daniel Carvallo et Emilio Escle. — Cette plante connue sous le nom vulgaire d'El Bailahuen, appartient à la famille des Synanthérées.

On l'a employée en teinture et en extrait, fleurs et feuilles ; ses tiges contiennent une substance ressemblant aux tanin et ses fleurs une huile essentielle. (*Bolletino de Medecina de Santiago de Chili*. Mai et Juin 1889.)

Les auteurs en ont fait usage dans 45 cas de dysentérie, 20 cas de diarrhée catarrhale, 2 de diarrhée chronique de Panama et 1 cas de choléra nostras. Ils admettent que son action thérapeutique est comparable à celle de l'ipécacuanha, et augmente la sécrétion biliaire, de plus elle favoriserait la cicatrisation des ulcérations intestinales.

On peut la prescrire :

1. En infusion à la dose de 2 grammes pour 150 grammes d'eau chaude, à prendre toutes les deux heures.

2. En potion véhiculant l'extrait et la formuler ainsi :

Extrait fluide de Bailahuen	5 gr.
Eau distillée	170 gr.
Sirop simple	30 gr.

Par grandes cuillerées toutes les heures.

Si on prescrit la teinture on doit doubler la dose. S. R.

Traitement de l'éclampsie puerpérale, par M. le Dr Fargeaud. — *Quelle conduite doit-on tenir dans un cas d'éclampsie puerpérale ?* A cette question notre estimé confrère répond ainsi :

1° Si la femme n'est pas à terme : agir en vue d'empêcher un avortement ou un accouchement prématuré ; dans ce but, user de la saignée, veiller à ce que l'urine ne s'accumule pas dans la vessie, et donner des lavements laudanisés pour calmer le ténesme utérin. (*Journal de médecine de la Haute-Vienne*. p. 144 sept. 1889).

2° Si la femme est à terme et le travail commencé ? Mêmes moyens que dessus et attendre. Si le col est rigide, comme chez les primipares, l'assouplir par des injections émollientes et par des badigeonnages avec de l'extrait de belladone. Si cette rigidité ne cède pas, inciser le col par petites incisions multiples. La dilatation du col étant complète ou à peu près complète, si l'enfant ne descend pas assez vite, s'empresser de terminer l'accouchement par le forceps. La diminution des crises d'abord, puis la cessation de celles-ci suit de près la délivrance.

3° Si les accidents éclamptiques ne se déclarent qu'après l'accouchement, s'assurer si l'utérus contient des caillots et les retirer ; si les artères battent avec violence, s'il y a de la turgescence vers la tête, si l'écoulement de sang est médiocre, émissions sanguines derrière les oreilles, au haut des cuisses ; sinapismes aux extrémités, potions avec l'acétate d'ammoniaque ; s'il y a des coliques utérines, opium à l'intérieur et à l'extérieur, lavements laudanisés, pratiquer des injections vaginales pour prévenir la septicémie puerpérale. On peut donner alors le sulfate de quinine et on doit prescrire d'alimenter la malade.

S. R.

BULLETIN DE LA SEMAINE

La grippe parmi les médecins. — Les victimes du devoir professionnel. — A l'Académie. — Un nouveau remède. — La grippe devant les Sociétés savantes.

On annonce que la violence de l'épidémie s'atténue. A Paris, du moins, il en est ainsi.

Et cependant la grippe frappe encore à coups redoublés le corps médical. Elle semble se venger sur lui, la cruelle, des efforts que les médecins font pour lutter contre elle. Faute de place, nous ne pouvons rendre un hommage individuel à la mémoire de nos confrères, hélas ! trop nombreux, qui succombent presque quotidiennement.

Après la Faculté de Paris, celle de Lille. Il y a deux semaines, M. Damaschino; aujourd'hui M. Paquet, professeur de clinique chirurgicale à la seconde de ces Facultés. La mort va plus vite que notre plume, et il semble qu'une fatalité pèse sur les plus sympathiques et les plus vaillants.

Chez les médecins, l'étiologie et la marche de la maladie ne varient guère. Pour satisfaire à une obligation professionnelle, on brave les intempéries ; ou s'attarde de nuit auprès d'un malade. Il y a peut-être une existence à sauver.

Embusquée au détour du chemin, la grippe cherche une victime. La voici : excellente occasion ; c'est un médecin qui passe. Elle le frappe, et bientôt notre profession aura peut-être l'honneur insigne, mais douloureux, de compter encore une victime de l'abnégation professionnelle.

Par contre, la discrétion de l'Académie à l'égard de la grippe est vraiment poussée jusqu'à l'extrême. On n'en parle point du haut de la tribune, et c'est tout au plus à voix basse, que l'on en cause dans les couloirs.

Pourquoi ? Je ne sais, à moins que la docte assemblée juge inutile de faire connaître une fois de plus, au grand public, le désaccord de ses membres et les incertitudes des épidémiologistes sur l'origine et la nature de cette maladie. Cette discrétion n'a pas obtenu à ses membres, la grâce d'échapper aux coups de l'épidemie.

Elle a tué M. Damaschino et, un de ses correspondants, M. Villemin, vient lui aussi de succomber à des accidents auxquels elle n'est pas sans doute étrangère.

Et les académiciens aujourd'hui en guérison ou en convalescence, comme MM. Bucquoy, Constantin Paul, Charpentier ?

Ceux-là et d'autres encore, ont été heureusement conservés à la science francaise et à la Compagnie qu'ils honorent. Que le Dieu de la médecine en soit loué !

Les plus optimistes en conviendront maintenant: cette épidémie, qu'ils disaient bénigne, a été je pense suffisamment meurtrière.

Hier, en dénombrant les fauteuils encore vides, on pouvait mesurer l'étendue de ces ravages dont l'ordre du jour des dernières séances a, lui aussi, ressenti les effets.

Digitized by Google

Après les longues discussions de l'an dernier sur le surmenage on espérait à bon droit que les réformes scolaires partielles adoptées par le Conseil supérieur de l'instruction publique, motiveraient quelques débats.

L'autre jour, quand M. Brouardel en donnait communication, on se disait volontiers : Voici une question qui revient incidemment devant l'Académie. L'avis de la Compagnie a été en partie écouté : l'heure est venue de signaler l'urgence de réformes moins incomplètes. Eh bien !, Non, aucun académicien n'a pris la parole pour appuyer l'argumentation judicieuse de M. Brouardel.

L'Académie était influenzée.

Et le débat sur la prophylaxie de la tuberculose ? Il s'éternise malgré la chaleureuse éloquence de M. Trélat, malgré les considérations si cliniques exposées par MM. Jaccoud, Lancereaux et Hérard et malgré les remarques intéressantes de M Widal sur la phtisie en Algérie.

Un intermède viendra-t-il bientôt interrompre la monotonie de cette discussion ? On l'espère, M. G. Sée l'a donné à entendre. Le débat porte sur l'hygiène ; il promet de parler de matière médicale. Et quelle matière médicale ? Celle « des succédanés et des principes constituants de l'huile de foie de morue. » Quelle question ! Quelle distraction pour tes membres de l'Académie !

Une découverte pharmaceutique s'imposait donc. Avez patience, elle se prépare. Attention : chers confrères, vous êtes avertis. Vous apprendrez bientôt que le nom du remède est aussi élégant que sa saveur est douce. A bas l'huile de foie de morue, tout à l'oléine. C'est le mot d'ordre pour demain.

Eh quoi ! J'entends que vous me demandez si cette oléine posséderait une parenté avec celle dont les anglais Leared en 1855, Brunton et Cormak en 1876, étudièrent les vertus.

Curieux que vous êtes, vous me provoquez à commettre une indiscrétion. Et puis quelle mauvaise pensée : croyez-moi, j'en sais quelque chose, ceux qui exercent la médecine au pied de Notre-Dame, ne découvrent jamais une deuxième fois ce que d'autres ont déjà pu trouver. Saluez, salucz donc, une étoile se lève au firmament de la thérapeutique. Saluez l'oléine, mais en saluant n'oubliez pas, c'est l'essentiel, qu'il en est de ce remède comme d'autres médicaments en *ine*, et qu'en fait d'oléine, la bonne, la vraie, la seule est toujours, foi d'un saint et bon Père, celle qui ne se vend pas au coin du quai.

Et maintenant, n'estimez-vous pas que l'Académie aurait tout avantage à ne pas se laisser mettre à ce régime de l'huile de foie de morue, et à s'occuper enfin de la grippe. A Berlin et à Vienne, en Russie et Angleterre, les corps savants ont jugé urgent de le faire. C'est pourquoi, dans un de ses prochains numéros, le *Journal des praticiens* publiera une revue pratique sur la *grippe devant les sociétés savantes.*

CH. ELOY

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 14 janvier 1890)

Présidence de M. le Dr MOUTARD-MARTIN

Prophylaxie de la tuberculose. — Pour M. LANCEREAUX, les causes déterminantes de la phtisie, telles que le refroidissement et les autres maladies, sont peu importantes. La cause efficiente est le bacille. Les mesures proposées par la commission seront toujours insuffisantes. Pour avoir la phtisie, il faut non-seulement le bacille, mais encore la prédisposition. C'est celle-ci qui est le grand facteur étiologique de la tuberculose.

Quelle sont les circonstances qui développent celle-ci ? L'insuffisance ou la viciation de l'air et l'abus des boissons alcooliques. La phtisie est inconnue chez les peuples vivant à l'état sauvage ; elle est proportionnelle à la densité de la population : elle est fréquente dans les pensions, les casernes. Les mesures de la commission, basées sur des expériences sur des animaux, ne sont pas applicables absolument à l'homme. La contagion n'est pas aussi fréquente qu'on le croit.

Les excès alcooliques sont une des principales causes prédisposantes de la tuberculose. Parfois ils suffisent à rendre phtisiques des individus vivant au grand air. Dans les grandes villes, ils causent les plus grands ravages. La plupart des alcooliques succombent à la phtisie qui a chez eux une localisation spéciale : le sommet du poumon droit. Elle s'étend en arrière et n'est accompagnée que rarement d'hémoptysies.

C'est aux pouvoir public qu'il appartient de prendre les mesures pour assainir les villes et les habitations. C'est le meilleur moyen prophylactique.

M. JACCOUD rappelle que, dès 1880, il avait proposé les mesures prophylactiques nécessaires, avant la découverte de Koch. Il a prescrit la présence d'un liquide désinfectant dans les crachoirs, la désinfection de la literie et des vêtements du malade, celle du milieu, la séparation des époux. Il a interdit l'allaitement aux mères phtisiques. Il a prescrit la surveillance du lait et de la viande des animaux tuberculeux. Pourtant il ne votera pas les mesures de la Commission. Elles sont inopportunes.

Cela peut sembler une contradiction. M. Jaccoud l'explique par l'historique de la question. Il rappelle tous les travaux faits sur l'étiologie et la prophylaxie de la phtisie, les instructions à l'armée publiées après le congrès de Berlin en 1883, les travaux de Fischer sur la virulence des crachats, ceux de Koch sur la nocuité des crachats desséchés, ceux de Cornil. Or que veut-on demander actuellement à l'Académie : 1° une approbation *officielle* de quelques propositions étiologiques, et d'autres sur la transmission de la phtisie. 2° une instruction populaire sur les moyens prophylactiques.

Pour le premier point, il suffit de se reporter à la revue que M. Jaccoud vient de faire des travaux publiés depuis dix ans. Elle nous apprend que les notions sur la transmissibilité de la tuberculose sont chose connue. On ne les discute plus, ce sont des vérités banales. Il ne convient pas à la dignité de l'Académie d'intervenir sur le tard pour affirmer des règles admises par tout le monde.

Il y a un autre motif. Quoi qu'on fasse, l'affirmation qu'on demande à l'Académie sera le point de départ d'une exagération dangereuse. Elle fera dépasser le but. Fera-t-on comprendre au public que la phtisie n'est transmissible que sous certaines conditions et dans certains cas ? Non. On ne peut introduire ces données dans un document populaire. Le public ne retiendra qu'un point, c'est que la phtisie est contagieuse. Cette étiologie unilatérale amènera une situation déplorable : le phtisique sera considéré comme un pestiféré.

M. Jaccoud n'approuve pas davantage les instructions prophylactiques de la Commission. Ces précautions impliquent l'intervention absolument nécessaire du médecin. Ce sont donc les médecins qui doivent être convaincus de la nécessité des mesures à prendre. C'est à eux qu'il faut s'adresser et non au public.

Quand, en Allemagne, on a publié des instructions prophylactiques pour l'armée, c'est aux médecins qu'elles ont été adressées et non aux soldats. Les instructions de la commission se trompent d'adresse. Pour les médecins, les publications scientifiques suffiront pour les éclairer.

M. Jaccoud repousse la manifestation proposée. Quand vien-

Digitized by Google

dra le vote, il faut voter avant sur ce point : l'Académie consent-elle à publier les instructions de la commission sur la transmissibilité et la prophylaxie de la tuberculose ? (Applaudissements).

M. Hardy croit que la discussion est épuisée. Il conclut comme M. Jaccoud. M. Trélat défend la Commission.

M. Verneuil n'a jamais vu un travail fait par Commission composée d'hommes honorables accueilli comme on le fait pour le travail de la Commission de la tuberculose. Il demande l'ordre du jour pur et simple. De cette façon, l'insulte sera complète pour la Commission.

Une discussion s'engage sur ce point. MM. Hardy et Jaccoud affirment qu'ils n'attaquent en rien le travail de la Commission. Ils ne visent que l'utilité de la publication des instructions.

F. R.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 janvier 1890

Présidence de M. le Dr Lenerru.

Traitement des fibromes utérins. — M. Terrillon rapporte un cas rare de fibrome utérin, inclus dans les ligaments larges ayant acquis en quelques années un développement considérable, au point de déterminer des phénomènes graves de compression. Il s'agit d'une femme de 37 ans, mère de sept enfants, chez laquelle le début de la tumeur remontait à trois années; dans les derniers mois, elle avait déterminé des phénomènes d'obstruction intestinale, des mictions de plus en plus difficiles, puis une anurie complète ; le ventre était très-développé, et rempli par la tumeur que l'on ne pouvait déplacer par la palpation : le col de l'utérus était très remonté dans le vagin. L'opération fut pratiquée le 10 octobre 1888. Dès que l'abdomen fut ouvert, on constata qu'il s'agissait d'un fibrome inclus dans le ligament large qu'il fallut inciser pour pratiquer la décortication.

Lorsqu'elle fut terminée, le chirurgien constata des adhérences très solides avec la vessie. Le pédicule comprenait tout le corps de l'utérus. Une dissection pénible libéra la vessie puis l'utérus fut coupé en travers au-dessus du vagin. La tumeur ainsi enlevée pesait 19 kilog. La cavité utérine fut touchée avec le thermo-cautère, puis fermée par des ligatures nombreuses, ainsi que la cavité abdominale. Toutefois, pendant les 24 premières heures, un drain fut laissé dans l'abdomen. Les suites de cette opération furent très simples : la malade était guérie le 28e jour sans avoir présenté aucune complication.

M. Tillaux. — Il ne faut pas confondre les fibrômes qui naissent sur les bords de l'utérus et qui se développent ensuite du côté des ligaments larges avec les fibrômes primitifs du ligament large, qui sont les vrais fibrômes de ces ligaments. Ceux-ci sont assez rares, ne contractent aucune adhérence avec l'utérus et s'énucléent facilement.

Opération de fistule urinaire consécutive à la néphrotomie. — M. Brun, rapporteur, analyse l'observation suivante, présentée par M. Tuffier. Un homme, souffrant depuis longtemps de coliques néphrétiques, et ayant même subi la lithotritie, entre en juillet 1889 à l'hôpital Necker, pour un nouvel accès de coliques néphrétiques siégeant à droite.

Le rein était très volumineux, l'issue des calculs semblait impossible; M. Guyon fit la néphrotomie le 13 juillet et retira de gros calculs uriques. Il persista une fistule urinaire dans la région lombaire, par laquelle s'écoulait de l'urine non mêlée de pus. Le rein était donc intact dans sa plus grande partie ; d'autre part des injections de teinture d'iode dans la fistule firent constater la perméabilité de l'uretère et comme le trajet fistuleux ne présentait aucune tendance à s'oblitérer, M. Tuffier décida de l'extirper. Les tissus furent soigneusement disséqués autour de ce trajet et enlevés ; le rein apparut complètement sain. Celui-ci fut ensuite fermé par des sutures profondes, ainsi que la plaie cutanée. Le malade guérit parfaitement sans récidive de sa fistule. M. Tuffier tire de cette observation les conclusions suivantes : pour que l'extirpation d'une fistule rénale ait chance de réussir, il faut que le rein soit lui-même aseptique, c'est-à-dire, exempt de suppuration et que l'uretère du même côté soit perméable aux urines.

M. Bouilly trouve qu'une autre contre-indication existe dans l'inflammation et la sclérose du tissu cellulaire périrénal. En effet, la fistule peut être entourée d'un tissu conjonctif épais, dur, ayant envahi toute l'atmosphère périnéphrétique au milieu de laquelle le rein est très-difficile, sinon impossible à reconnaître.

H. M.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX

Séance du 10 janvier 1890.

Présidence de M. le Dr Dumontpallier

De la stupeur pulmonaire dans la grippe. — M. Ferrand croit avoir observé un état spécial du poumon, qui semble précéder les complications pulmonaires de la grippe. Il s'agit d'une diminution notable du murmure respiratoire, s'étendant à un ou plusieurs lobes d'un poumon, parfois à un poumon tout entier, et s'accompagnant de résonnance exagérée, d'un accroissement des vibrations et d'une submatité assez nette.

Ces signes impliquent une modification anatomique du parenchyme pulmonaire, qui lui paraît être une forme de congestion, une sorte d'atélectasie pulmonaire susceptible de se résoudre sans doute, mais qui souvent aussi passe à l'état pneumonique. (Toute discussion est ajournée au débat que la Société doit commencer prochainement sur cette maladie).

Méningite consécutive à un érysipèle de la face. — M. Du Cazal recevait dans son service du Val-de-Grâce le 30 décembre dernier, un garde de Paris atteint d'un érysipèle de la face très léger, ayant débuté quelques jours avant autour d'une petite excoriation du nez.

Le 5 janvier le malade était guéri de son exanthème, mais une petite collection purulente s'étant formée dans la paupière supérieure près de l'angle interne de l'œil gauche, il fut évacué dans le service de chirurgie. L'abcès fut ouvert sans aucune complication ; tout semblait en bonne voie, lorsque le 7 janvier, le malade fut trouvé mort dans son lit.

L'autopsie montra une suppuration de tissu cellulaire de l'orbite ; la veine faciale, les sinus veineux de la dure-mère étaient indemnes, sans aucune apparence de thrombose ; mais il existait une méningite de la moitié postérieure de la surface des hémisphères. De même à la base du cerveau, on dé-

Digitized by Google

couvrait dans les méninges du pus en abondance s'étendant du chiasma des nerfs optiques pour remonter en arrière vers la surface du cerveau. Pour M. Du Cazal, il n'est pas douteux que cette méningite a eu pour point de départ l'abcès de la paupière ; la propagation s'est faite par le trou optique, d'où les méninges ont été envahies.

Cette mort subite est une terminaison rare de l'érysipèle de la face ; ordinairement la mort a pour cause une phlébite faciale et une thrombose des sinus de la dure-mère.

De plus, ce fait clinique prouve qu'une méningite aiguë datant de neuf jours, peut évoluer silencieusement jusqu'à l'heure où elle tue le malade.

Enfin on peut suivre la marche du streptococcus pathogène qui, parti des paupières, pénètre dans le cerveau au travers de la gaîne du nerf optique, se développe autour du chiasma et, de là, envahit la base des méninges pour remonter en arrière vers la surface convexe des hémisphères.

M. Hervieux rappelle que chez des enfants il a vu des collections purulentes du thorax produire secondairement des érysipèles du tronc. Une suppuration si rapide des méninges lui semble un fait anormal et il se demande si cette méningite purulente n'a pas été le fait primitif et l'érysipèle de la face le fait secondaire.

M. du Cazal répond qu'il a d'abord observé l'érysipèle, puisqu'il a vu se former ensuite la collection purulente des paupières, il ne doute pas que la méningite soit consécutive à l'érysipèle et à la suppuration de l'orbite.

Traitement des kystes hydatiques du foie par la ponction aspiratrice et les lavages au sublimé. — M. Chantemesse présente une observation de M. Ménard (de Bordeaux) ayant trait à un kyste hydatique suppuré du foie, guéri par cette méthode. Après avoir retiré par la ponction 125 grammes de pus, l'auteur injecta immédiatement dans la poche environ 30 grammes de liqueur de van Swieten, qu'il retira ensuite. La terminaison est favorable et le malade guérit, toutefois après avoir présenté une stomatite mercurielle légère. H. M.

REVUE DES LIVRES

Guide médical à l'Exposition universelle de 1889, par le Dr M. Baudoin. (Librairie du Progrès médical, Paris, 1889).

Il est certain que ce livre, bien conçu, bien imprimé et fort habilement rédigé, fait grand éloge à notre estimé confrère, M. Marcel Baudoin et ses collaborateurs distingués : MM. Achalme, Capus, Keraval, Lamotte, Raoult, Régnier et Rousselet. Le seul reproche que l'on pourrait lui adresser, c'est d'arriver un peu tardivement, quand l'Exposition a fermé ses portes et qu'il reste seulement le souvenir des merveilles dont elle a été le riche entrepôt.

Ce désavantage n'en est cependant pas un, car cet ouvrage en perpétuera le souvenir, et continuera cette grande leçon de choses. Nous souhaitons donc la plus cordiale bienvenue à ce volume qui, sous de modestes apparences, est un monument élevé à la science médicale française en 1889.

Ce guide, un titre modeste pour une œuvre, somme toute, fort importante, donne une idée exacte des progrès récents en anatomie, en chimie, en matière médicale, en microbiologie et en hygiène. Un fascicule précédent avait traité des instruments de chirurgie et de précision. Dans le troisième, M. Marcel Baudoin, nous donnera, écrit-il, de curieux renseignements sur la librairie, la photographie, la médecine du Palais des Beaux-Arts et un chapitre final très actuel sur les maladies de l'Exposition.

Sans nul doute, le succès répondra à ces louables efforts, et pour notre part nous en faisons le vœu d'autant plus sincère que cette œuvre est à la fois patriotique et scientifique.

Ch. Eloy.

LE TRAITEMENT DES MALADIES

MÉDECINE

Grippe infectieuse maligne

Voici une association de mots (*infectieuse maligne*), que l'on peut ne pas comprendre tout d'abord. Or, je ne commets pas un pléonasme en m'exprimant ainsi, et je m'explique : La maladie qui sévit en ce moment présente des caractères infectieux, tout le monde est d'accord sur ce point. Un assez grand nombre de cas sont bénins et se terminent spontanément par la guérison ; reste une catégorie de faits où l'infection de l'organisme atteignant son summum, la maladie prend une gravité exceptionnelle et devient réellement maligne. J'ai déjà cité, comme exemples, certains cas de *congestions pulmonaires à forme hémoptoïque*, et de *pneumonies* ou de *broncho-pneumonies*. (1) Du reste, ce que nous appelons maintenant « infectieux, » les auteurs anciens le connaissaient, puisqu'ils admettaient que la grippe avait les caractères d'une « maladie pestilentielle ou pernicieuse. » Il n'y a donc de nouveau que le mot, et la chose est bien ancienne.

Il n'est pas inutile, pour bien faire comprendre les indications thérapeutiques relative à la grippe infectieuse, d'établir une fois de plus la distinction entre la gravité et la malignité.

Voici une pneumonie : elle accomplit son évolution d'une façon normale, mais elle prend une extension considérable, elle est *grave* par son étendue et par les troubles mécaniques qu'elle apporte à l'hématose.

Voici une autre pneumonie : elle occupe au contraire une faible partie du poumon, mais la prostration des forces est extrême, les symptômes généraux sont prédominants, la pneumonie est *maligne* par sa nature. En un mot, la gravité est une affaire de quantité ; la malignité est une affaire de qualité. Toutes les maladies malignes sont graves ; mais les maladies graves ne sont pas toujours malignes.

Autre question : La maladie épidémique que nous subissons en ce moment est-elle réellement cette grippe vulgaire que nous observons presque tous les ans, et qui ne s'accompagne presque jamais de symptômes de malignité ? Je réponds formellement : Non.

(1) Voir les Nos 49, 52 de 1889, et 2 de 1890 de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*.

Digitized by Google

Cette grippe vulgaire n'est pas infectieuse, et il y a autant de différence entre elle et la maladie que nous observons en ce moment, qu'entre le choléra nostras ou sporadique et le choléra asiatique ou épidémique. Le choléra sporadique et le choléra épidémique constituent deux maladies distinctes. La grippe sporadique et la grippe épidémique sont deux espèces nosologiques absolument différentes : la première n'est pas infectieuse, la seconde est certainement infectieuse; l'une ne présente pas de symptômes de malignité, l'autre est souvent maligne d'emblée.

Sans doute, on me reprochera de ne pas m'appuyer sur les résultats de la bactériologie, pour admettre ainsi une distinction aussi capitale entre ces formes morbides. Mais je réponds : 1° La bactériologie de la grippe infectieuse est encore à faire ; 2° A défaut des résultats bactériologiques, la clinique reprend ici tous ses droits, elle nous démontre de la façon la plus formelle, que la maladie épidémique du jour est une autre affection que la grippe vulgaire. Singulière grippe, en effet, qui ne se manifeste souvent par aucun symptôme catarrhal, qui se traduit par une des invasion rapide et presque sidérante, par accidents douloureux parfois fort aigus, et par des symptômes nerveux dont l'intensité était inconnue jusqu'ici !

Du reste, l'histoire des épidémies dites grippales montre qu'à travers les siècles les médecins ont été tellement surpris par les allures insolites de cette maladie, qu'ils ont donné chaque fois un nom spécial pour chaque épidémie.

Conclusion : La maladie épidémique du jour n'est pas la grippe, ou si l'on veut, c'est une grippe infectieuse, aussi différente de la grippe vulgaire, que le choléra asiatique est différent du choléra nostras.

Ceci dit, entrons dans la question :

1. La grippe infectieuse à forme bronchoplégique ; Son traitement. — Je viens d'observer le fait suivant : une femme âgée de 76 ans, asthmatique et emphysémateuse, jouissant jusque là d'une santé relativement bonne, fait une sortie et s'expose au froid. Quelques jours auparavant, elle éprouvait déjà des malaises, elle respirait avec une certaine dificulté ; mais le soir même de sa sortie intempestive, elle est prise d'une dyspnée très intense. Bientôt, la respiration s'embarrasse de plus en plus, de gros râles trachéo-bronchiques s'entendent à distance, il n'y a pas et il n'y a jamais eu de fièvre, l'auscultation ne fait constater aucun signe de bronchite ou de congestion pulmonaire, l'asphyxie fait des progrès continus, les extrémités se cyanosent, la malade est prise d'une toux incessante et insuffisante pour l'expulsion des mucosités qui s'accumulent sans cesse dans les bronches, et elle meurt ainsi asphyxiée au bout de huit ours.

Ici, s'agissait-il d'une bronchite ? Nullement, car on ne constatait aucun râle de bronchite, il n'y a pas eu de fièvre, et la maladie grippale a frappé d'emblée sur le système nerveux pulmonaire, sur les bronches qui ont été atteintes d'inertie. Il s'agissait, à proprement parler, d'une *paralysie pulmonaire*. Donc, la prescription banale des expectorants (kermès, oxyde blanc d'antimoine, tartre stibié, ipéca) n'avait pas sa raison d'être, elle pouvait être nuisible. A ce sujet, on me permettra de reproduire le passage suivant de mes récentes leçons de thérapeutique et de clinique médicales de l'hôpital Bichat:

« Il y a dans les affections chroniques des bronches, de même que pour celles du myocarde où le cœur est frappé de parésie, une sorte d'asystolie ou *bronchoplégie*, à laquelle les malades succombent le plus souvent. Ce n'est donc pas seulement à l'expectoration qu'il faut s'attaquer, mais aussi et surtout à la *paralysie pulmonaire bronchique*. C'est là le principal danger qui menace la vie, non seulement des vieillards atteints de catarrhe bronchique, mais aussi des adynamiques ou des jeunes gens atteints de bronchite capillaire ou d'une forme de grippe suffocante, si bien décrite par Graves et dont je vous ai fait voir cette année (1884) plusieurs exemples frappants dans notre service. Aussi, l'on devra tout d'abord tonifier le malade par des préparations de quinquina, par l'alcool, le café, les injections d'éther ou de caféine, et tonifier ou exciter les muscles bronchiques par la noix vomique ou la strychnine » (1).

Hé bien, le poison grippal peut frapper d'emblée les muscles bronchiques, et donner ainsi lieu aux accidents les plus graves, comme je viens de le démontrer par l'exemple cité plus haut. On prend le plus souvent cette paralysie bronchique pour une bronchite vulgaire, et l'on commet une double erreur: une erreur clinique et thérapeutique.

Graves avait insisté beaucoup sur ces faits qui ont été oubliés. Il dit que, « pendant l'épidémie grippale de 1837, il a observé assez souvent des cas de mort avec les signes de paralysie des poumons. » Voici ce qu'il dit encore :

« Dans beaucoup de cas, la dyspnée est intermittente, ou du moins elle présente à certaines heures des exacerbations et des rémissions notables. Il semblerait donc que les troubles respiratoires dépendent de la même cause générale qui produit tous les autres symptômes, et qu'ils peuvent exister, même lorsque la phlegmasie bronchique manque complètement. Il est bien certain que la bronchite, lorsqu'elle existe, ajoute encore à la gêne de la respiration. Mais la dyspnée paraît résulter avant tout de quelque trouble

(1) Leçons de thérapeutique et de clinique médicales de l'hôpital Bichat, (Paris 1889, page 13)

Digitized by Google

survenu dans l'activité vitale du poumon. »

J'ai observé pour ma part beaucoup de faits semblables, et j'en tire ces conclusions thérapeutiques :

1° Dans la bronchoplégie grippale, sans bronchite, l'usage des expectorants est inutile et même nuisible, parce qu'en affaiblissant le malade, ils affaiblissent la contractilité bronchique ;

2° Il faut avoir recours aux toniques généraux (quinquina, quinine à petites doses, alcool, café, caféine, etc.) ;

3° Il faut avoir recours aux toniques des bronches, aux excitants de la contractilité bronchique (belladone, ergot de seigle, et surtout noix vomique et strychnine). Je fais même pratiquer des injections sous-cutanées de strychnine d'après cette formule :

Eau distillée.....	10 grammes.
Sulfate de strychnine.....	1 centigr.

(Injecter une demi-seringue ou une seringue de Pravaz entière deux à trois par jour. Cette dose peut être même dépassée, surtout chez les alcooliques qui supportent bien les préparations strychnées et chez lesquels la noix vomique et la strychnine sont même, d'après Luton, les médicaments de l'alcoolisme).

II. **Grippe cardiaque, son traitement** —. On n'a jamais décrit une forme cardiaque de grippe infectieuse, et cependant je viens d'en observer plusieurs cas indéniables.

Un de mes malheureux confrères de la province vient de succomber de la façon suivante : atteint d'une légère bronchite depuis quelques jours, il éprouvait de temps en temps des crises d'étouffement lorsqu'il faisait un effort ou un mouvement, par exemple lorsqu'il montait dans son lit ou lorsqu'il en descendait ; puis, le pouls s'accélérait et il y avait à chaque instant des tendances à la syncope. Il est mort il y a quelques jours très rapidement par le cœur, alors que rien ne faisait présager une terminaison si brusque et si funeste.

Un autre malade présente simplement les signes d'un *embarras gastrique infectieux*. Il meurt de syncope, et cependant l'auscultation du cœur n'avait auparavant rien fait constater d'anormal de ce côté.

J'ai vu dernièrement, avec mon collègue et ami Schwartz, un malade atteint de congestion *œdémateuse* du poumon, et qui a présenté dans les derniers jours de la vie, une arythmie cardiaque des plus accusées.

Voici un autre malade que j'observe en ce moment avec le Dr Collet, et mes anciens internes, les Drs Weber, Courtade et Gillet :

Il s'agit d'un homme de soixante ans, opéré autrefois par la lithotritie d'une pierre vésicale, et atteint d'un léger état d'artério-sclérose. Il y a huit jours, il sort de chez lui pour aller dîner en ville, le soir même il a une indigestion, et le lendemain on constatait tous les signes d'un *embarras gastrique* qui prend rapidement le caractère infectieux; la prostration des forces est grande, il y a de l'excitation cérébrale et une tendance à la somnolence, pour la première fois de l'albumine dans les urines, et l'auscultation de la poitrine en arrière et à droite fait constater la présence de râles très fins de congestion œdémateuse du poumon. Et cependant on ne constatait pas de dyspnée. Le Dr Collet, dont la sagacité clinique avait été mise en éveil par la prédominance des symptômes généraux, et n'attachant avec raison qu'une importance fort secondaire aux signes stéthoscopiques de la poitrine, me fait appeler. Nous constatons bientôt de l'arythmie cardiaque, quelques intermittences, puis ces intermittences et cette arythmie surviennent par accès et s'accusent davantage. Une nuit, la mort est imminente, le pouls devient extrêmement faible, à peine appréciable pendant un quart d'heure, il ne se relève qu'après plusieurs injections de caféine et d'éther. La nuit suivante ce *collapsus cardiaque* prend les proportions les plus graves : Pendant plus d'une heure, le pouls faiblit sous le doigt et devient extrêmement arythmique, les battements du cœur sont hésitants et s'arrêtent à chaque instant, la peau se couvre d'une sueur froide ; bref, la mort semble imminente, quand je pratique coup sur coup cinq injections d'éther après plusieurs injections de caféine qui avaient été faites avant mon arrivée. Une heure environ après, le pouls reprenait de la force, il redevenait régulier, et le lendemain matin l'amélioration était considérable. Ce malade est encore en observation, mais en citant ce fait, j'ai voulu montrer qu'il existe une *grippe cardiaque*, et que la thérapeutique n'est pas désarmée dans ces cas.

Dans le cours de la grippe infectieuse, j'ai déjà vu trois fois les malades se plaindre de douleurs rétro-sternales ressemblant à l'angine de poitrine. Du reste, on trouve dans les auteurs la mention de semblables douleurs. Dans son mémoire sur le « danger de la contagion dans la grippe » (1876), M. Bertholle signale dans sa troisième observation la sensation d'une « constriction au devant du sternum ». Avant lui, Malcorps (de Bruxelles), dans son travail sur « la grippe et ses épidémies » (1874), a parlé d'une « douleur qui se fait sentir au niveau du quart, du tiers ou de la moitié supérieure du sternum ».

Ce n'est pas tout encore, et les malades présentent souvent les caractères du pouls *instable*. Voici en quoi ce phénomène consiste : Dès que le malade passe de la position horizontale à la position verticale, dès qu'il se met sur son séant, le pouls s'accélère et monte par exemple de 80 pulsations à 120, même 130. C'est là un signe de débilité cardiaque et d'affaiblissement de la tension artérielle sur lequel j'appelle l'attention des praticiens.

Tous ces accidents traduisent l'existence de troubles dans la sphère de l'innervation cardiaque, et

Digitized by Google

sans doute de lésions du myocarde (*myocardite grippale*).

Conclusion : *La grippe cardiaque* existe ; donc, il existe une médication cardiosthénique dans la grippe.

Pour remplir cette nouvelle indication, il faut avoir recours à la digitale (0,10 à 0,15 cent. d'infusion de feuilles de digitale, ou encore 20 à 30 gouttes de teinture par jour), à la caféine et à l'éther sous forme d'injections sous-cutanées.

Mais il ne suffit pas seulement d'agir directement sur l'organe central de la circulation, il faut encore agir sur la circulation périphérique pour favoriser et faciliter le travail du cœur. On remplira cette seconde indication par l'emploi de frictions excitantes, de cataplasmes sinapisés sur les membres inférieurs, et même d'injections sous-cutanées de trinitrine suivant cette formule (la trinitrine agissant, comme on le sait, à titre de médicament vaso-dilatateur) :

Eau distillée.....	10 grammes.
Solution alcoolique de trinitrine au 10 0/0.	40 gouttes.

(Injecter 2 à 4 demi-seringues de Pravaz par jour).

Les quelques détails dans lesquels je viens d'entrer peuvent servir à démontrer, sinon la nature de la grippe infectieuse, au moins son action sur le système nerveux. Cette maladie produit des symptômes très importants du côté des organes innervés par le nerf pneumogastrique, et j'ai remarqué depuis longtemps que les principaux accidents de la grippe ressemblent aux accidents produits par la section expérimentale des pneumogastriques. Le trouble apporté par le poison de la grippe au fonctionnement de ces nerfs peut contribuer à expliquer la gravité exceptionnelle de cette maladie chez les cardiaques.

Graves avait autrefois émis l'opinion que le système nerveux du poumon était primitivement atteint par le poison grippal, et dans ces dernières années, le Dr Vovart (de Bordeaux) (1) a cherché à prouver que la grippe est une névrose du pneumogastrique. Du reste, Broussais ayant autrefois remarqué que les muqueuses de l'estomac et des bronches étaient simultanément affectées, avait donné à la maladie le nom de *gastro-bronchite*.

Le poison grippal porte donc son action sur le système nerveux central et périphérique, et il atteint surtout le nerf pneumogastrique dans ses diverses branches pour produire :

a. Du côté du cœur, des syncopes, des arythmies, des intermittences, de la bradycardie et de la tachycardie, des accidents anginiformes, la mort subite ou rapide ;

b. Du côté du poumon, des pneumonies, des congestions pulmonaires hémoptoïques, l'œdème pulmonaire, la paralysie des bronches, la toux coqueluchoïde, (celle-ci due probablement à la compression des nerfs vagues par l'adénopathie trachéo-bronchique grippale).

c. Du côté de l'estomac, des vomissements, des troubles gastriques divers, etc.

La grippe *gastro-intestinale* fera, du reste, avec son traitement, l'objet d'une prochaine étude.

Henri Huchard

(1) Vovart, La grippe et sa pathogénie. Paris 1881.

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

Une préparation contre la bronchite

Layrac, 8 janvier 1890.

Voulez-vous me permettre de vous signaler la formule d'une potion que j'emploie depuis tantôt quatre ans et toujours avec succès, dans les cas de bronchite catarrhale simple avec toux spasmodique, comme nous en voyons tant en cette saison ?

La voici :

Alcoolature de racines d'aconit		
Teinture de belladone.....	}	ãã XX gouttes.
Sirop de lactucarium.....		40 grammes.
Sirop de morphine.....	}	ãã 30 —
Sirop de belladone.....		
Eau de fleurs d'oranger.....		10 —
Eau de laurier-cerise.....		5 —
Eau distillée de tilleul.....		100 —

M. s. a.

Quelques cuillerées à soupe de cette potion, suffisent pour calmer les quintes de toux, et procurent au malade un soulagement pour ainsi dire immédiat.

Je la fais prendre par cuillerées à soupe de deux en deux heures, mais spécialement le soir en se couchant et au moment des quintes.

J'ai pensé que cette formule, qui n'a jamais été publiée, pourrait rendre service aux praticiens. Dr P. Escande.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

CHIRURGIE

Un traitement de la fistule à l'anus

Il s'agit de fistules tolérables et le traitement doit consister :

1° à faciliter les selles en diminuant leur consistance ;

2° à réaliser l'antisepsie anale.

I. — *Pour régulariser et faciliter les selles* on conseillera l'usage d'un laxatif comme l'huile de ricin aux faibles doses de deux capsules par jour.

II. — *Pour réaliser l'antisepsie et calmer la douleur* on fera suivre chaque défécation de l'application d'un suppositoire d'iodoforme et de belladone. M. Guyon conseille la formule suivante :

Digitized by Google

Iodoforme	0.10	centigr.
Extrait de belladone	0.03	centigr.
Beurre de cacao	10	grammes.

III. — *Le traitement général* sera tonique et reconstituant. On pourra prescrire des toniques ; les bromures alcalins et les ferrugineux associés aux amers.

Teinture de gentiane	10	grammes
Teinture de quinquina	20	—
Bromure de sodium	10	—
Sirop d'écorce d'orange amère	150	—

Une cuillerée le matin et une autre le soir.

Ou bien on associera le fer au bromure (Guyon) comme dans la formule suivante :

Bromure de potassium	10	grammes
Citrate de fer ammoniacal	1	—
Sirop d'écorce d'orange amère	150	—

Deux cuillerées par jour : l'une avant le déjeuner ; l'autre, avant le dîner. S. R.

VARIÉTÉS

La durée probable de l'épidémie actuelle. — Quelle a été la durée des principales épidémies de grippe ? La question est importante à connaître si l'on veut savoir quelle devra être la durée de celle que nous traversons. Voici des chiffres à ce sujet :

L'épidémie de 1580 a régné en Hollande du commencement de juillet au mois de novembre, en Italie du mois d'août à la fin de septembre. — Celle de 1676 a duré de fin de septembre à fin d'octobre. — Celle de 1709 a duré deux mois. — Celle de 1732 se déclara à Edimbourg le 17 décembre et y sévit jusqu'à la fin de janvier. — En 1737, elle dura un mois et demi. — En 1762, elle dura deux mois à Vienne. — En 1775, 1780 et 1782, en 1803, leur durée fut d'un mois à un mois et demi. — En 1830, 1833 et 1837, cette durée ne dépassa pas 6 semaines à deux mois.

Donc, en moyenne la grippe ne dure pas plus de six semaines à deux mois dans chaque localité. H. Huchard.

INFORMATIONS

Départements

Bordeaux. **Faculté de médecine.** *Thèses de doctorat* (novembre et décembre 1889). — MM. *Lafaye*, Etude expérimentale du mode d'action de l'électrolyse dans le traitement des tumeurs érectiles. — *Lespinasse*, Contribution à l'étude des onychomycoses tricophytiques et faviques et de la pélade unguéale. — *Vielle*, Contribution à l'étude des anévrysmes de l'aorte thoracique. — *Giraud*, Etude sur l'intervention chirurgicale dans les luxations traumatiques irréductibles de l'épaule. — *Labougle*, Anatomie pathologique et pathogénie des kystes épidermiques de la main. — *Bourquedieu*, Histoire d'une épidémie de pelade survenue au 15e dragons à Libourne. — *Boursiac*, Des démangeaisons sans lésions cutanées et les démangeaisons d'origine nerveuse en particulier. — *Loüet*, Des anomalies des organes génitaux chez les dégénérés. — *Lescure*, Traitement des kystes hydatiques par les lavages antiseptiques. — *Ducuron*, Contribution à l'étude du traitement des imperforations ano-rectales ; de la conduite à tenir dans le cas où l'on ne peut atteindre l'ampoule rectale par le périnée. — *Robert*, Contribution à l'étude des papillomes des fosses nasales.

NÉCROLOGIE

Nous avons la douleur d'enregistrer la mort de M. le Dr *Paquet*, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lille et l'un de nos éminents collaborateurs des départements.

M. Paquet meurt jeune : mais son professorat laissera de durables et féconds souvenirs. Sa carrière scientifique a été bien remplie. Clinicien prudent, opérateur habile, professeur de haut mérite, il laisse après lui des élèves qui sauront perpétuer son enseignement.

Il avait encouragé la fondation et les débuts du *Journal des praticiens* et depuis, il avait été, pour l'œuvre que nous poursuivons, un ami dévoué et fidèle.

Le comité de Rédaction de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* s'associe donc sincèrement au deuil de la Faculté de Lille et du corps médical du département du Nord. Ch. E.

En France : MM. les Drs H. *Roussel* et R. *Richelt* (de Paris), *Perrymond* (de Toulon) et *Fonsart*, médecin-major au 85e d'infanterie, qui a succombé au Val-de-Grâce où il était venu se livrer à des études de bactériologie ; *Gendrin* médecin honoraire des hôpitaux de Paris.

En Autriche : M. le Dr *Rosenthal*, professeur à la Faculté de Vienne.

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

H. Callias. — Note sur un cas d'emprisonnement grave par le venin de vipère (Paris, 1889 O. Doin).

H. Gallias. — Traitement de la diphtérie par la résorcine (Paris, 1889 O. Doin)

Rosenthal. — Traité d'hygiène publique et privée, traduit et annoté par H. Levrand, professeur d'hygiène à la Faculté libre de médecine de Lille (Bruxelles 1790, Monceaux. prix 15 francs).

Lauder Brunton. — Traité de pharmacologie, de thérapeutique et de matière médicale, traduit de l'anglais par MM. les Drs Doniau (tome II, Bruxelles 1889, Manceaux). p. 12 f. 50.

Laache. — Guide pratique de l'analyse des urines traduit de l'allemand par Francotte (Bruelles, 1889, Manceaux)

Albert. — Diagnostic des maladies chirurgicales traduit de l'allemand par MM. les Drs Thiriar et Larnet (Bruxelles 1889, Manceaux).

Le Directeur-Gérant. Henri Huchard.

Paris. — Imprimerie Décembre, 326, rue de Vaugirard.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE — N° 4 — 23 JANVIER 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD. — RÉDACTEUR en CHEF : M. Charles ÉLOY

COMITÉ de RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ.

AVIS. — *L'administrateur de la Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, a l'honneur de rappeler à nos abonnés, qu'à partir du 31 janvier la quittance de réabonnement leur sera présentée, augmentée de 0,75 centimes pour frais de recouvrement.

Afin d'éviter toute erreur, il les prie de joindre à la lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations une des dernières bandes du journal.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Du traitement de l'épilepsie infantile par les pointes de feu sur le cuir chevelu,

par M. le Dr DESCROUZILLES

Médecin de l'hôpital des Enfants

Je ne viens pas faire une longue communication sur un système thérapeutique expérimenté récemment par plusieurs médecins des plus recommandables avec des résultats fort inconstants et généralement fort incomplets. Je me bornerai à présenter une note très succincte sur trois faits dans lesquels j'ai tout dernièrement employé le moyen en question (1).

Disons tout d'abord en peu de mots de quels malades il s'agissait.

Le premier, Eugène B., garçon de 8 ans 1/2, est entré le 5 octobre dernier dans mon service. Depuis longtemps, on observait chez lui des attaques, consistant en perte de connaissance apparente pendant une minute ou une minute et demie avec arrêt dans l'acte commencé ou dans la conversation ébauchée, mais sans convulsions, sans contracture, sans écume aux lèvres, sans altération notable de la face, sans chute complète, même lorsqu'il était debout au moment où la crise survenait. Ces accès se renouvelaient tous les jours, et plusieurs fois par jour ; on en avait compté dix dans l'espace de quelques heures.

L'enfant était d'ailleurs intelligent, instruit pour son âge, d'une nature impressionnable, mais d'un caractère doux. Quelquefois il laissait échapper l'urine pendant la nuit. Il appartenait à des parents nerveux qui avaient eu neuf enfants, dont deux étaient morts de méningite.

Après son entrée à l'hôpital, il continua à être pris tous les jours, et plusieurs fois par jour, d'accès analogues à ceux qu'on nous avait décrits et dans lesquels on reconnut tout d'abord les manifestations du petit mal épileptique.

(1) Société médico-pratique, séance du 23 décembre.

Vingt ou vingt-cinq jours après son admission, le jeune malade passa par plusieurs grandes attaques, avec écume aux lèvres, distorsion de la face, évanouissement absolu, convulsions toniques, puis cloniques. Jusqu'alors il avait été soigné à l'aide du bromure de potassium et du chloral ; après avoir assisté à l'une de ses grandes crises, je crus devoir essayer d'un autre moyen, je songeai aux pointes de feu qui furent appliquées à des intervalles de moins d'une semaine ; je dirai ultérieurement quel résultat j'ai obtenu.

Le second de nos malades, Jean M., garçon de 4 ans, entré le 16 novembre, avait eu dès les premiers mois de son existence, des convulsions pendant plusieurs jours, puis on en avait fréquemment observé chez lui à partir de l'âge de dix-huit mois, et quelquefois au nombre de quinze à vingt dans une journée, de petites attaques pendant lesquelles le petit malade, au dire de sa mère, semblait être ahuri ; il y avait absence, plutôt que perte de connaissance absolue. Mais, en dernier lieu, les paroxysmes prirent de temps à autre la physionomie des grandes attaques. Il y avait également aussi, à certains moments, de l'incontinence d'urine, même pendant le jour. J'usai d'abord dans ce cas des sédatifs ; puis j'employai assez promptement les pointes de feu.

Le troisième malade, Paul D... âgé de 9 ans et demi, est entré le 19 novembre. Chez ce dernier, les attaques convulsives étaient rares et de plus récente date que chez les deux autres. Elles se rapprochaient du grand mal plus que du petit mal, leurs caractères ne pouvaient laisser aucun doute à l'observateur. Il s'agissait bien d'attaques épileptiques. Cependant, chez ce dernier enfant, les troubles nerveux semblaient ne jouer qu'un rôle accessoire ; on l'avait amené à l'hôpital parce qu'il toussait ; on constatait chez lui des phénomènes de bronchite.

Ces trois enfants étaient bien constitués et moyennement vigoureux. Tous trois étaient pâles, peu chargés de tissu graisseux ; chez aucun d'eux on ne constatait de maigreur exceptionnelle, ni de défaut de conformation. Le crâne, chez tous trois, était complètement symétrique.

J'ai donc pratiqué chez ces trois enfants des cautérisations sur le cuir chevelu à l'aide du thermo-cautère. Chez le premier d'entre eux, du 1er novembre au 10 décembre, j'ai fait dix applications successives ; chez le second, du 20 novembre au 15 décembre, six applications ; chez le troisième, du 25 novembre au 15 décembre, quatre applications seulement.

A chaque séance, j'ai pratiqué de trente à trente-cinq attouchements très légers avec le thermo-cautère (en me servant

Digitized by Google

du fer pointu, non coudé) et en procédant par séries linéaires, antéro-postérieures, de chaque côté de la ligne médiane, le cuir chevelu ayant été préalablement rasé.

Chez le premier des trois malades, le nombre des pointes de feu appliquées a été de trois cent vingt à trois cent cinquante ; chez le second de cent quatre-vingts à deux cents ; chez le troisième de cent vingt à cent cinquante.

Dans aucune des trois observations, je n'ai constaté ni résistance sérieuse du malade, ni douleur violente, soit pendant, soit après l'opération, ni aucune conséquence fâcheuse de la cautérisation, telle que phénomènes douloureux consécutifs, irritation locale ou suppuration.

Quant à l'effet produit par le traitement sur la maladie que je cherchais à enrayer, voici ce que j'ai noté.

Dans le premier cas, après les premières applications de pointes de feu, les attaques devenues très violentes pendant les poussées qui avaient précédé cette application, ne se sont plus renouvelées qu'une ou deux fois par jour, et sous leur forme la plus atténuée, il y a eu plusieurs journées, sans aucune attaque ; l'amélioration a paru évidente à la surveillante du service pendant deux semaines, puis les crises se sont reproduites plus nombreuses et, en fin de compte, le terrain gagné a été complètement reperdu.

Dans la seconde observation, il y a eu, après les premières séances de cautérisation, une atténuation notable dans le nombre et la gravité des attaques. Mais cette modification favorable n'a été que transitoire.

Pour le troisième malade, je n'ai à signaler aucun changement dans l'état constaté chez lui, avant les cautérisations.

D'ailleurs, j'ai supprimé toute médication sédative par les agents pharmaceutiques, pendant que je pratiquais les pointes de feu chez ces trois enfants ; j'y suis revenu ultérieurement quand j'ai constaté que les révulsions sur le cuir chevelu n'avaient qu'une efficacité très limitée.

Tels sont les résultats que j'ai obtenus ; résultats à coup sûr fort peu brillants. Mais je ferai remarquer que je n'ai nullement à regretter de m'être livré à ces quelques essais qui, sans doute, n'ont pas été féconds, pour mes jeunes clients, en conséquences bienfaisantes, mais qui, pour chacun d'eux, sont restés inoffensifs.

Je n'ai eu à noter, en effet, je le répète, aucune inflammation du cuir chevelu, à la suite de ces applications. D'ailleurs l'érysipèle de cette région est fort peu à redouter chez les jeunes sujets. On l'observe cependant, dans l'enfance, mais il provient presque toujours alors d'un érysipèle de la face. L'érysipèle des enfants débute très rarement par le vertex. J'ai fait de très nombreuses expériences avec le cosmétique au croton dans le traitement des teignes, j'ai très rarement vu cette affection de la peau survenir après des frictions, très irritantes et répétées cependant. L'impétigo, l'eczéma du cuir chevelu sont très fréquents, tout le monde le sait, dans les premières années de la vie. Quoique beaucoup de ces éruptions soient fort intenses, elles ne se compliquent presque jamais d'érysipèle.

Donc, l'inflammation érysipélateuse consécutivement à l'application de pointes de feu, n'est pas à redouter. On pourrait craindre, à plus juste titre, l'alopécie ultérieure, sur certains points limités ; mais en prenant des précautions suffisantes, je pense que cet inconvénient lui-même ne se réalisera presque jamais.

Combien de parents, au surplus, considéreraient comme une large compensation, relativement aux quelques ravages occasionnés dans la chevelure de leurs enfants, l'amélioration ou la disparition d'une maladie, telle que l'épilepsie, si véritablement le traitement en question avait de l'efficacité.

J'ajouterai, enfin, que l'application des pointes de feu sur le cuir chevelu des enfants n'est nullement difficile ; en s'approchant d'eux par derrière avec le thermo-cautère, on peut leur dissimuler la vue de l'appareil. Deux aides suffisent pour maintenir le petit patient ; l'opération n'est que très médiocrement douloureuse et est très vite faite. Un seul de mes trois malades s'est très légèrement défendu et a un peu crié.

En résumé, on peut donc se servir de ce moyen, ne fût-ce que comme diversion. A ce point de vue restreint, on dispose ainsi d'une ressource qui n'est pas sans importance vis à vis d'une maladie désolante, d'une durée indéfinie, contre laquelle, il faut bien l'avouer, les médications internes n'ont qu'un pouvoir très peu marqué. Il résulte de mes tentatives, qu'il n'y a aucun inconvénient à renouveler de semblables essais, et qu'il n'est nullement démontré que ces essais ne puissent avoir parfois leur utilité.

CLINIQUE MEDICALE

Glossite et ulcère de la langue chez un diabétique,

par M. le Dr Maurice Fourrier (de Compiègne)

M. de P., 63 ans. Ancien militaire. Pas de syphilis, jamais de maladie grave. Gros mangeur (dépôt briqueté des urines). Tendance à l'obésité, fume modestement.

Diabète sucré reconnu depuis 6 ans. Les symptômes ordinaires du diabète n'ont jamais été très-intenses. Le sucre n'a pas dépassé 50 gr. par litre. L'état général n'a pas faibli. Cinq saisons à Vichy, et chaque fois, disparition de la glycosurie (1).

Dans le courant du mois d'avril dernier, petit anthrax à la partie inférieure du côté gauche de la face.

Dans les premiers jours de juillet, étant à Vichy, un soir au théâtre, il a été exposé à un courant d'air très vif et il a senti qu'il se refroidissait. Le lendemain, se déclarait une angine qui dura cinq ou six jours, et à la suite de cette angine, M. de P. s'apercevait que sa langue devenait lourde

(1) Société médico-pratique, Séance du 9 décembre 1889.

Digitized by Google

et embarrassée. (La glycosurie n'était alors que d'un gramme par litre ; elle était de 30 grammes au commencement de la saison). Quelques jours après la guérison de son angine *à frigore*, il quittait Vichy. Peu à peu les phénomènes notés du côté de la langue, allèrent en augmentant. Un peu d'enflure de l'organe ; salivation abondante, gêne fonctionnelle considérable. Ni frissons, ni fièvre.

Je vois le malade pour la première fois le 3 août. Depuis plusieurs jours, il remarque dans ses crachats des mucosités purulentes et cette expectoration a amené un peu d'amendement des symptômes.

Gêne fonctionnelle considérable. Pas de sucre dans les urines. Bon état général.

Langue tuméfiée (pas d'impressions dentaires). Epais enduit blanchâtre, haleine fétide. Au centre de l'organe, ulcération grisâtre, non élevée au-dessus de la muqueuse, irrégulière, anfractueuse, à bords mous, et d'une grandeur un peu moindre que celle d'une pièce de cinquante centimes. Avec le stylet on pénètre d'environ deux centimètres en se dirigeant en arrière. On ne sent nulle part d'induration suspecte. Pas de traces de ganglions sous-maxillaires.

Salivation très abondante, incommodant beaucoup le malade et troublant son sommeil.

Injections et gargarismes boriqués fréquents. Alimentation avec lait, bouillon et panades.

Le 8 août, je détache à l'aide de quelques coups de ciseaux une escharе grisâtre de la grandeur d'une pièce de deux francs et d'une épaisseur d'environ 3 millimètres. Son ablation laisse à découvert une ulcération à fond rose et mamelonné, à bords irréguliers et souples, d'une profondeur de 5 à 6 millimètres. Les jours suivants, cette ulcération s'étend surtout en arrière ; sur sa périphérie, la muqueuse se gangrène et à plusieurs reprises je détache quelques eschares, de telle sorte que le 16 août elle comprend une bonne moitié de la face dorsale de la langue et menace de s'accroître encore, car sur ses bords, la muqueuse est grisâtre et flotte par petits lambeaux, ce qui indique sa mortification. L'ulcération s'étale mais ne se creuse, nullement.

Pour arrêter ce processus qui ne paraît pas avoir de tendance à se borner spontanément, le 17 août, je cautérise fortement au nitrate d'argent, les bords nettoyés de l'ulcère (neutralisation au chlorure de sodium).

Les jours suivants, la tendance à l'extension, bien que diminuée, se manifeste encore par endroits.

21 août. — Seconde cautérisation. Cette fois le travail ulcératif est enrayé. La réparation commence. et est complète au bout de vingt jours, c'est-à-dire vers le 10 septembre. Le sucre n'a pas reparu ; c'est du reste ce qui arrive toujours durant les mois qui suivent le retour de M. de P... de Vichy.

J'ai revu mon malade dernièrement. Le sucre a reparu dans les urines, mais la langue est redevenue normale.

Jamais d'hémorrhagies ; pas de douleurs, sauf quelques élancements dans les oreilles et au niveau de l'insertion de la langue à l'os hyoïde.

Ce fait est intéressant à un double point de vue.

1° Il montre une glossite avec abcès superficiel et ulcère consécutif de la langue, chez un diabétique. Or, à ma connaissance, la relation du diabète avec les accidents ci-dessus énoncés, n'a pas encore été signalée.

Ici, sans doute, le diabète n'était pas très intense ; néanmoins son influence pathogénique me semble certaine. Elle explique la disproportion entre la cause occasionnelle, le coup de froid, et l'intensité des phénomènes réactionnels observés : glossite durant un mois, formation d'un abcès, et ulcération mettant un autre mois à se guérir.

2° Il montre encore que chez les diabétiques l'inflammation de la langue a la même tendance que toutes les autres inflammations, c'est-à-dire une tendance à la terminaison par gangrène. En effet, après un abcès superficiel et localisé de la langue, nous voyons la muqueuse de cet organe s'escharifier sur une large étendue sans que le processus ait de tendance à se borner spontanément, et si nous n'étions pas intervenu par deux cautérisations, nul doute, du train où allaient les choses, que la gangrène n'ait continué à s'étendre.

CLINIQUE THERAPEUTIQUE

MÉDECINE

Sur le traitement de l'influenza

par M. le Dr Cazenave de la Roche

Est-ce la fièvre Dengue ou tout simplement la grippe qui sévit en ce moment sur les deux mondes, et qui, n'en déplaise à l'optimisme de la médecine officielle, fait autant, sinon plus, de victimes que le choléra ? Telle est la question qui passionne toutes les sociétés médicales de France et de l'étranger. Qui donc a raison ? De ceux qui croient à l'existence de la fièvre Dengue ou de la Grippe ? Tout le monde et personne peut-être ! L'épidémie appelée, on ne sait pour quel motif, du nom exotique *d'influenza*, ne serait-elle pas un *métissage* morbide des deux entités? Une grippe anormale ? Quoi qu'il en soit, il m'a paru que chacun a fait montre d'une grande érudition nosologique, mais que la part réservée à la thérapeutique de la maladie a été bien mince. Il incombe aux praticiens de province d'apporter leur contingent clinique, et de signaler la ligne thérapeutique qui leur a le mieux réussi « *facta potentiora verbis.* »

Mon tribut est numériquement léger. Me sera-t-il permis d'invoquer en sa faveur le mot de Morgagni ? « On ne compte pas les observations, on les pèse. »

J'ai soigné 27 malades atteints d'*Influenza*. Dans le nombre je compte quatre décès, dont un cardiaque

Digitized by Google

(artério-sclérose) et trois phtisiques cavitaires; quand aux vingt-trois autres, ils sont guéris ou en voie de guérison. Cette statistique confirme l'observation de M. le Dr Huchard : l'épidémie frappe de préférence les cardiaques et les tuberculeux. Dès l'apparition de l'influenza, j'ai fait un peu comme tous nos confrères. N'étant pas prévenu de l'ennemi auquel j'avais affaire, j'ai tâtonné, j'ai fait de la médecine de symptôme. J'ai ordonné un purgatif indiqué par l'état fortement saburral de la langue et, immédiatement après, à l'adresse de la céphalalgie frontale (qui n'a pas fait défaut sur un seul des malades atteints) et des douleurs contuses des membres, le sulfate de quinine ; à ma grande surprise, cet agent thérapeutique, si puissamment efficace dans toutes les épidémies de grippe précédentes, loin de diminuer les douleurs frontales et la fièvre courbaturale, n'a fait que l'exaspérer, en y ajoutant des bourdonnements d'oreilles insupportables. Cet insuccès inattendu a éveillé dans mon esprit un premier doute sur la similitude morbide de l'influenza et de la grippe.

« *Naturam morborum ostendit curatio.* » Exclusivement préoccupé de l'intensité et de la persistance des douleurs névralgiques, j'ai eu recours à l'antipyrine. Dès les premières doses, c'est-à-dire après l'ingestion de trois cachets de 50 centigrammes chaque, donnés toutes les quatre heures, la céphalalgie frontale avec ses bourdonnements, les douleurs tébrantes des membres et des rachis ont disparu, j'oserai presque dire comme par enchantement, avec la fièvre et les nausées qui les accompagnaient d'ordinaire, le syndrôme morbide ne laissant après lui qu'un état de profond accablement, dont l'extrait mou de quinquina, ajouté aux antiseptiques et aux expectorants, s'il y a lieu, à l'ipéca de préférence, a eu promptement raison.

Que l'on ne me prenne pas pour un fanatique de l'antipyrine. Naguère je me suis montré un des adversaires de cet agent thérapeutique en prouvant son action nocive ou nulle dans la tuberculose, notamment quand M. G. Sée en proclamait la souveraineté. Toutefois mon respect pour la vérité me fait un devoir de rendre justice à ce médicament dans les circonstances présentes. La forme névralgique que revêt, à Menton, l'influenza, expliquerait du reste son efficacité.

En terminant cette simple communication, je signalerai à l'attention un symptôme non encore noté, je crois, dans le cours de l'épidémie. Je veux parler d'une gingivite que j'ai observée sur cinq des malades à la période d'état où les gencives revêtent une teinte rouge-brique ; elles gonflent et deviennent saignantes. La muqueuse palatine se hérisse de petites granulations espacées, d'ulcérations nummulaires, comme faites à l'emporte-pièce. Cette gingivite a promptement cédé à des collutoires à l'acide chromique. Elle offre tout à fait l'aspect d'une gingivite scorbutique. Elle a coïncidé avec une éruption rubéolique. Est-ce la grippe ? Est-ce la dengue ?

REVUE BI-MENSUELLE DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDECINE

I. Comment doit-on employer la quinine dans les formes graves de la malaria. — II. Technique des injections intra-veineuses de quinine. — III. Du moment où il faut administrer la quinine. — IV. Les inconvénients et les dangers du sulfonal.

I. Comment employer la quinine dans les formes graves de la malaria ? — Nulle médication n'est plus usuelle que la médication quinique, et cependant nulle médication ne possède des effets physiologiques jusqu'à présent plus obscurs et plus discutés.

Inutile d'énumérer les hypothèses qui ont été formulées pour expliquer l'action du précieux alcaloïde contre la fièvre intermittente. Aujourd'hui une théorie pathogénique nouvelle de la malaria a été édifiée ; elle a pour base les découvertes de Laveran, de Marchiafava, de Celli, de Golgi et d'autres; c'est la théorie parasitaire. Les thérapeutes qui la professent ont donc des devoirs nouveaux à emplir, en s'appuyant sur les travaux au moyen desquels Benz, Rossbach et d'autres ont établi l'action nécrophytique de la quinine aux cinq millièmes sur le parasite de la malaria dans le sang.

La médication microbicide idéale est celle qui atteint et frappe le parasite dans son habitat préféré. Celui de la malaria a, on le sait, élu domicile dans le sang : c'est donc dans le sang qu'il faut aller le chercher ; c'est au contact des éléments figurés du sang où il se réfugie qu'il faut mettre l'agent parasiticide qui doit le tuer.

Comment satisfaire à ces exigences ? Par l'ingestion buccale du sel quinique : c'est la méthode usuelle ; c'est la méthode de choix, mais ce n'est pas toujours celle qui convient aux formes graves, où l'absorption se ralentit, où les échanges sont en quelque sorte suspendus.

La voie sous-cutanée ? Non : elle aussi escompte plus ou moins la puissance d'absorption des tissus.

Enfin, la voie des injections intra-veineuses?

C'est la dernière venue parmi ces méthodes. C'est elle qui, théoriquement, répond le mieux aux conditions de célérité d'une action médicamenteuse immédiate contre les accès pernicieux, les formes comateuse, hémiplégique et bulbaire des accidents paludéens. Pratiquement, en est-il de même ? M. Baccelli (de Rome) vient d'essayer de le prouver par des expériences dont l'intérêt physiologique et thérapeutique n'est point douteux ; mais auxquelles il manque, pour sanction définitive, le contrôle d'autres expérimentateurs.

La méthode de l'éminent observateur italien est simple il injecte, par un procédé emprunté aux physiologistes, un sel de quinine dans les veines d'un paludéen. D'heure en heure il examine les éléments figurés du sang et les microphytes qui les habitent, et il constate que, durant les six premières heures consécutives à l'administration du sel

Digitized by Google

quinique, les parasites de la malaria conservent leur forme et leur mobilité. Il constate encore que, de la sixième à la douzième heure, ils succombent dans leur lutte contre l'agent qui les menace.

En un mot, la quinine n'accomplit pas immédiatement son œuvre parasiticide. Il lui faut un délai, et ce délai, que l'expérimentation a permis de déterminer, concorde, je le montrerai plus loin, avec les données plus anciennes de l'observation clinique.

D'autre part, la puissance d'une médication microbicide est en rapport direct avec la rapidité de l'absorption de l'agent parasiticide dans l'organisme et son degré de pénétration à travers les tissus. L'analyse des urines et la durée de l'élimination rénale du médicament permettent de les soupçonner l'un et l'autre.

Dix minutes après une injection intra-veineuse du sel quinique, on trouve de la quinine dans l'urine. Vingt-deux heures après, ce liquide n'en contient plus de traces. Après l'ingestion de la quinine par la voie buccale, Binz, Kerner, Schwenger et autres, constataient la réaction quinique de l'urine dans l'espace de vingt à trente minutes et son élimination par le rein durant trente-deux heures. A ce double point de vue, pas de doute ; on ne saurait contester la supériorité de la première de ces méthodes sur la seconde.

En principe, ces motifs physiologiques suffisent pour autoriser cette méthode, qui, je le répète, paraît légitime seulement dans les formes graves du paludisme, et où l'heure, selon l'expression d'un ancien, « est solennelle ».

II. **Technique des injections intra-veineuses de quinine.** — Le procédé opératoire n'offre d'ailleurs que de médiocres difficultés.

En abrégé en voici les détails.

Solution quinique. — Le liquide à injecter est le suivant :

Hydrochlorate de quinine	1 gramme
Chlorure de sodium	0, 075 milligrammes
Eau distillée	10 grammes

On prépare cette solution à une douce chaleur. Elle doit être limpide.

2° *Manuel opératoire.* — Un lien circulaire est appliqué au niveau du coude et circonscrit l'avant-bras. Quand les veines sont turgescentes, on choisit l'une des plus apparentes sur l'avant-bras : on la fixe avec le doigt et on plonge dans sa cavité, en dirigeant l'instrument de haut en bas, l'aiguille d'une seringue de Pravaz de cinq centimètres cubes de capacité.

On pratique alors l'injection lentement, très lentement, j'insiste sur cette précaution, et en s'assurant que le liquide médicamenteux pénètre bien dans le vaisseau. Dans le cas contraire, il se forme une bosse sous-cutanée.

L'injection terminée, on enlève le lien constricteur, on évite toute aspiration de liquide en retirant l'aiguille et on obture la plaie veineuse avec le collodion.

3° *Précautions antiseptiques,* — Il va sans dire que le champ opératoire doit préalablement être désinfecté (savonnage, lotions au sublimé, etc.).

Après l'acte opératoire on observe encore les mêmes soins de minutieuse antisepsie.

4° *Accidents post-opératoires.* — Ils sont rares. J'ai pu le constater sur les animaux. Dans un cas, M. Baccelli a observé un abcès, c'est un *accident tardif*, il ne se produit qu'après plusieurs jours.

Parfois il se forme un œdème local. C'est un *accident immédiat*, et sans gravité d'ailleurs. Il a pour origine un épanchement de liquide dans le tissu cellulaire.

5° *Dose médicamenteuse.* — Cette dose varie. Dix à trente centigrammes de sel quinique ne provoquent point de phénomènes physiologiques. En injecte-t-on, en une fois, quarante à quatre-vingts centigrammes ou bien un gramme ? On éprouve les symptômes initiaux d'une intoxication quinique : amertume buccale, céphalalgie sérieuse, lipothymie, dépression de pouls, bourdonnement dans les oreilles et refroidissement cutané ; ces phénomènes disparaissent après quinze ou vingt minutes. En fait, la dose thérapeutique moyenne est de quarante à soixante centigrammes.

Inutile d'insister sur les indications de cette médication. Je l'ai dit plus haut, je le répète : elle convient dans les cas solennels. C'est le traitement d'urgence dans les formes pernicieuses et comateuses. Ce ne sera jamais le traitement de choix.

III. — **Du moment où il faut administrer la quinine.** — Quelle est l'heure la plus favorable pour obtenir le maximum d'action antipériodique et fébrifuge de la quinine ? Voilà une question classique. Oui ; l'observation clinique et la tradition ont appris empiriquement à connaître cette heure. Par sa précision et par les données qu'elle fournit sur l'action parasiticide de la quinine, la méthode des injections intra-veineuses permet physiologiquement de la fixer.

Faut-il administrer le sel quinique durant l'accès ? C'est inutile ; même à la dose de un gramme et par la voie intra-veineuse il ne peut arrêter l'accès ni à son début, ni quand il est commencé, ni même quand on introduit cet agent médicamenteux dans l'organisme trois heures avant ce début.

Pendant la crise ? Même insuccès ; l'accès n'est ni modifié, ni abrégé.

Vers la fin de l'accès ou quand l'accès vient de s'éteindre ? Oui, c'est l'heure de la médication quinique, et ainsi administré, le remède prévendra l'accès suivant ou tout au moins en diminuera la durée.

Et dans les formes subcontinues ? Alors, après les classiques et entre autres après M. Maillot, le plus illustre avocat de la quinine contre le paludisme fébrile, M. Baccelli insiste sur ce point : le moment d'introduire la quinine dans l'organisme est celui où la courbe thermique s'abaisse. C'est le moyen de rompre la succession des accès ; c'est aussi celui de transformer une fièvre du type subcontinu en fièvre du type franchement intermittent ; c'est enfin, par la persévérance dans cette médication, que l'on obtient une succession d'accès successivement retardants et graduellement décrépissants. Bref, c'est le moyen d'arriver à la guérison, en d'autres termes, de réaliser une sorte d'antisepsie permanente du milieu intérieur. Ainsi envisagée, la théorie parasitaire du paludisme n'est donc pas inféconde.

— IV. **Les dangers sulfonal.** — Dans la famille de

Digitized by Google

hypnotiques qui chaque jour accroît le nombre de ses membres, le sulfonal mérite-t-il un rang à part par des vertus exceptionnelles? Quand Kast, dans le *Berliner Medizinische Woshenschrift* du 16 avril 1886, annonça l'introduction de ce remède dans l'arsenal médicamenteux, il y eut des thérapeutistes enthousiastes pour le croire. On disait : le sulfonal procure un sommeil paisible et ne provoque aucun accident. Au réveil, le malade est dispos : pas de lourdeur de tête, pas de troubles gastriques. Bref, c'est l'hypnotique idéal. Hélas! Combien de fois, durant ces dernières années a-t-on annoncé la découverte d'agents hypnotiques d'une efficacité non moins idéale?

On a donc administré le sulfonal contre l'insomnie de causes diverses ; on a même prétendu qu'il était un analgésique et un antinévralgique ; on l'a prescrit contre les douleurs de l'angine de poitrine ; on l'a ordonné contre la névralgie faciale. C'était peu physiologique, car si on avait mieux tenu compte de belles expériences de M. Hénocque (*Société de thérapeutique*, 1889), on se serait évité des mécomptes. Dans ces expériences, notre estimé confrère avait montré sur les cobayes que, si le sulfonal produit un profond sommeil, il ne diminue pas l'activité réflexe et ne supprime pas la douleur. Il est hypnotique ; il n'est pas analgésique. De plus, il est toxique ; les animaux succombent, quand on l'administre à doses suffisantes et cette mort se produit dans l'arrêt des échanges et avec un abaissement extrême de la température.

Ses propriétés hypnotiques incontestables sont utilisées par certains médecins aliénistes de préférence à celles du chloral, de la paraldéhyde, de l'hypnone, de l'hydrate d'amylène et de l'uréthane. Est-ce à tort où à raison?

Tunaibli et Raimondi (de Sienne) (*Archivio Italiano*, 1888 et 1889) sont prodigues de leur enthousiasme pour ce remède.

Leur engouement n'est pas moindre que celui des médecins allemands.

Les aliénistes français sont plus modérés dans leurs opinions. Ils déclarent pour la plupart que l'emploi de ce remède n'est pas toujours exempt d'inconvénient. Cette sagesse thérapeutique s'accorde avec les notions physiologiques et avec les réserves que M. Huchard formulait naguère dans ces colonnes (1).

Les *Archives médico-physiologiques* de janvier à novembre 1889 le prouvent bien. A la dose de deux grammes, M. Marandon de Motyel a bien vu le sulfonal provoquer le sommeil. Mais dans les cas les plus favorables c'est encore un hypnotique infidèle. Eleve-t-on la dose à quatre ou cinq grammes? Le sommeil est plus absolu et vient plus facilement : soit. Par contre, les malades accusent des frissons et de la diminution de réflexes, éprouvent des vomissements ou de la diarrhée, présentent parfois des éruptions cutanées (Engelmann et Schotten) et consécutivement des sensations vertigineuses, des phénomènes ébrieux et de la stupeur.

Ces accidents ne sont pas les seuls en effet : phénomènes plus graves, les manifestations cérébrales seraient accrues. Après l'administration du sulfonal on a vu des hypochondriaques s'affaiblir, et des mélancoliques accuser des hallucinations. Sur vingt-et-un cérébraux, à savoir : onze maniaques, trois vieillards déments, quatre paralytiques, trois alcooliques et un épileptique, l'augmentation des troubles psychiques se manifesta vingt fois après l'injection d'une dose de trois à quatre grammes de sulfonal.

M. Seglas a noté les mêmes accidents. Par contre, MM. Mairet, Wallon et Fèvre, en France, et MM. Mackenzie (1) en Angleterre, n'en auraient jamais été les témoins. Enfin, plus fortunés encore, deux aliénistes suisses, M. Clar et M. Pachead, ont vu, déclarent-ils, le sulfonal provoquer non-seulement le sommeil, mais encore l'atténuation du délire.

Au demeurant, voilà des témoignages contradictoires, et quand on en tient compte, on éprouve un grand embarras.

Le sulfonal produit des accidents gastro-intestinaux. En effet, les statistiques de M. Garnier mentionnent les vomissements dans cinq cas sur cent et la diarrhée dans trente-trois cas sur cent. Sur ce point, pas de doute.

En est-il de même de l'aggravation de l'état mental? Ici grand désaccord entre les médecins aliénistes.

J'en conclus que, malgré ses vertus, le sulfonal n'est pas un hypnotique de choix chez les aliénés. Avec la majorité des praticiens, j'en conclus encore que l'hypnotique universel est toujours à trouver et que, pour combattre l'insomnie, on doit s'adresser d'abord aux médications hypnotiques, avant d'avoir recours aux médicaments somnifères.

Enrichir l'arsenal médicamenteux, est bien ; légiférer sur les médications serait mieux. CH. ELOY

(1) Voir : *Revue générale de clinique et de thérapeutique*.

(1) Congrès de l'*Association médico-psychologique à Edimbourg* 14 décembre 1889.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

MÉDECINE

Du cœur mobile, par M. le Dr Alois PICK. — On s'est occupé jusqu'ici de la mobilité des reins, de la rate et du foie, mais on n'a guère mentionné la même anomalie du côté du cœur. Les recherches de l'auteur ont porté sur 100 individus, il a fixé le siège du cœur par la percussion et par le choc de la pointe, en faisant prendre au sujet des positions variées.

Chez 6 0/0 des personnes examinées, le cœur se déplaçait de un centimètre et demi et deux centimètres dans le décubitus latéral gauche. Il n'y avait aucun changement entre la position horizontale et la station debout. (*Wien. klin. Woch.* 1889, nos 39 et 40).

Dans le décubitus latéral droit, pas de changement. Le déplacement vers la gauche du cœur dans le décubitus latéral gauche, peut prendre de plus grandes proportions et atteindre 3, 4 et jusqu'à 7 centimètres.

Cet état ne donne lieu, comme symptôme, qu'à un peu de gêne respiratoire et à l'impossibilité de se coucher du côté gauche.

Sept observations viennent à l'appui de ces recherches. Il n'y aucune difficulté à rapporter les symptômes à la disposition en question, dans l'état normal il n'en est plus de même, lorsque le cœur est atteint d'insuffisance mitrale, de rétrécissement, d'athérome, etc. On remarque alors, que la gêne thoracique dans le décubitus latéral gauche remontera loin.

Digitized by Google

En résumé : 1o Un déplacement léger du cœur est chose fréquente ; un plus accentué est relativement rare.

2o Ce déplacement anormal se rencontre aussi bien chez des sujets bien portants, comme anomalie congénitale, que chez ceux qui présentent une affection cardiaque, mais sans qu'il y ait de relation entre les deux états.

3o Il peut avoir pour causes de l'amaigrissement naturel ou provoqué.

4o Le siège de la pointe, et la percussion le font reconnaître.

5o Comme symptômes, on observe de la gêne respiratoire dans les mouvements et dans le décubitus latéral gauche. H. G

Les modifications de la circulation, de la température et de la respiration dans la fièvre intermittente par M. le Dr Ocouneff. — L'auteur qui a observé 40 cas de fièvre intermittente, arrive aux conclusions suivantes (*Vratch* 1889, no 34).

1o La tension sanguine tombe au commencement du stade de froid, s'élève ensuite rapidement et atteint son plus haut chiffre

2o Dans la période de chaleur, elle est au-dessus de la normale, mais plus basse que dans le stade du froid, tombe ensuite progressivement jusqu'à la normale et quelquefois au-dessous

3o Dans le stade de sueur, elle tombe au-dessous de la normale, quelquefois très bas.

4o Le pouls le plus fréquent correspond à la période de chaleur, c'est-à-dire avec la tension sanguine élevée.

5o La fréquence de la respiration correspond à la marche de la température.

6o La température sous l'aisselle est au-dessous de la normale dans la période de froid, atteint le plus haut chiffre dans le stade de chaleur et tombe jusqu'à la normale dans la période de sueur.

7o La température dans le rectum est en général plus élevée que la précédente, excepté au commencement du stade de froid où elle est plus basse que dans l'aisselle.

8o La température sur la poitrine et le ventre est normale ou au-dessous de la normale dans le stade du froid; elle est au dessus de la normale dans la période de chaleur, et tombe à la normale pendant la sueur.

9o La respiration est diminuée dans le stade de froid, augmentée dans la période de chaleur, et encore plus augmenté, dans la période de sueur. Low.

Les empoisonnements par la roburite, par M. le Dr Ross — Cette substance, le di-nitro-benzol, a donné lieu à des accidents nombreux durant ces derniers temps. M. Ross a observé un mineur, qui depuis cinq mois employait cette substance, et présentait de la céphalalgie, de la faiblesse musculaire des membres supérieurs et inférieurs, de la dyspepsie et des palpitations de cœur. Le réflexe crémastérien était aboli; il y avait de l'anaphrodisie; le teint était subictérique ; les urines présentaient une coloration foncée. Les phénomènes nerveux sont dus, d'après l'auteur, à une névrite toxique périphérique. (*The med. Chronicle*, septembre 1889). S. R.

REVUE DES THÈSES

Le chancre syphilitique de la conjonctive, par M. le Dr Touchaleaume. (*Th. de Paris, 1889*)

A l'occasion d'un cas de cette affection observé à l'hôpital de Nantes, l'auteur a recueilli dix-huit observations connues dans la littérature médicale. Le chancre syphilitique de la conjonctive est une affection rare à laquelle sont exposés les médecins et surtout les sages-femmes. A côté des causes professionnelles, le baiser est le mode de contagion la plus fréquent (1/4 des cas). Ce chancre apparaît rarement au niveau de la conjonctive bulbaire, contrairement aux tumeurs gommeuses, mais le plus souvent à l'un des angles de l'œil. Ses trois symptômes sont: l'ulcération à forme érosive ou à forme profondément taillée à pic, l'induration et l'adénite indolente du ganglion préauriculaire.

Il y a deux diagnostics difficiles : 1o avec une néoplasie, 2o avec la gomme ulcérée. Le cancer se distingue par une évolution lente, une coloration rouge-vineuse, une surface irrégulière saignant facilement, de violentes douleurs et une adénite très tardive. La gomme ulcérée ne peut se distinguer que par l'absence de ganglions. Arnould.

LE CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL de Berlin.

La plupart des journaux ont reçu notification du congrès médical international qui, d'après les résolutions du 9e congrès, tenu il y a trois ans à Washington, doit avoir lieu à Berlin cette année, du 4 au 9 août 1890.

Depuis longtemps, on s'est posé la question, et plusieurs de mes confrères me font l'honneur de demander un avis à ce sujet : *devons-nous assister à ce congrès?* La plupart l'ont déjà résolue par la négative. Je me permets d'avoir une opinion contraire, et je réponds résolument : Oui, les médecins français peuvent et doivent assister au congrès de Berlin.

Les partisans de l'abstention systématique donnent des raisons basées sur le patriotisme, sur le silence affecté des auteurs allemands au sujet des travaux français, sur leur refus de participer à tous les congrès scientifiques de Paris en 1889, sur la crainte que nous pouvons avoir d'être mal reçus, etc.

Voici la réponse à ces objections :

J'ai souvent combattu, à cette même place, contre une sorte d'internationalisme scientifique fait à nos dépens. Je ne suis donc pas suspect de tiédeur patriotique. Mais, il y a des questions qu'il faut savoir toujours placer, je ne dis pas au-dessus, mais en dehors du patriotisme : ce sont les questions de science. Après tout, il faudrait encore discuter pour savoir si le courage et le vrai patriotisme ne consistent pas plutôt à aller affronter les luttes scientifiques qu'à les déserter. Comme grande puissance politique, la France ne manque jamais de prendre la parole dans les congrès; comme nation scientifique, elle n'a pas le droit de se dérober ou de se taire dans un congrès médical *international*. Du reste, qui sait? La science est peut-être la meilleure et la plus pacifique des diplomaties.

Oui, le grief est trop souvent légitime. Un certain nombre de savants allemands affectent de garder le silence sur nos travaux. Est-ce une raison pour faire comme eux, et pour nous condamner au silence?

Oui, encore, le fait est vrai, les Allemands se sont systématiquement abstenus de paraître à nos congrès scientifiques de 1889, comme ils avaient refusé de participer à notre Exposition universelle. Pourquoi les imiter, et ne sommes-nous pas, nous Français, en possession complète de notre libre arbitre?...

Digitized by Google

N'étant point dans le secret des Allemands, j'ignore pour ma part quelle réception nous sera faite à Berlin. C'est, du reste, là une question secondaire à laquelle notre dignité nous défend de nous arrêter. Il faut aller au Congrès de Berlin, d'abord parce qu'il est *international* et qu'il appartient ainsi aux médecins du monde entier, ensuite parce que nous avons le devoir d'y aller affirmer la vitalité de la science française. Là, est le vrai patriotisme.

Conclusion : L'abstention systématique au prochain Congrès de Berlin serait une faute commise contre les intérêts scientifiques de notre pays ; il me semble que l'on doit conseiller aux médecins français d'y assister et d'y prendre part.

En faisant cette déclaration, je tiens à dire que je parle en *mon nom personnel*, non comme directeur d'un journal médical, *et sans vouloir en rien engager l'opinion ou la responsabilité de ses rédacteurs.*

Henri Huchard *Médecin de l'hôpital Bichat.*

BULLETIN DE LA SEMAINE

La tuberculose devant l'Académie

Le débat sur la prophylaxie de la tuberculose toucherait-il à son terme ? Il en serait temps, beaucoup le confessent parmi les membres de l'Académie, et on le dit volontiers aussi hors de cette docte assemblée.

Les incidents de la dernière séance ont été ce semble, suffisamment édifiants pour les moins initiés aux origines et à la nature de ce débat.

Plus de doute maintenant. Ce n'est pas un désaccord purement scientifique qui sépare les partisans et les adversaires de la propagande sanitaire pour laquelle on réclame la haute approbation de l'Académie.

En voici la preuve. La transmissibilité de la tuberculose, la contagion bacillaire, l'action pathogène du microbe spécifique et le rôle étiologique des prédispositions acquises ou héréditaires sont des notions solidement acquises. Personne ne les conteste sérieusement. Hors de l'Académie comme dans l'Académie, presque tout le monde les admet ; et à l'instar de MM. Jaccoud, Hardy, Hérard, Lancereaux et autres, les praticiens n'ont pas attendu le Congrès de la tuberculose pour les admettre. C'est cause gagnée. On ne voit donc pas comment une déclaration solennelle, *urbi et orbi*, en augmenterait l'autorité et la valeur.

Après cela : comment ne pas excuser, alors même qu'on ne les éprouvent pas, les scrupules de MM. Jaccoud, Leroy de Méricourt, Hardy, Lancereaux et des autres de leurs savants collègues. Ils hésistent à donner une immense publicité à des déclarations étiologiques auxquelles, on en conviendra, l'originalité fait défaut ? Cela se conçoit. Vingt ans après les mémorables travaux de Villemin, dix années après l'avènement du bacille de Koch ! En vérité, c'est arriver un peu trop tard !

Je le répète, il n'y a donc point de désaccord scientifique entre la majorité des membres de l'Académie. C'est l'essentiel, et si les débats actuels devaient avoir pour unique résultat de le prouver, on en féliciterait volontiers ceux qui les ont fait naître, car il y a des « vérités banales » qu'il est toujours utile et agréable d'entendre par la bouche éloquente de M. Jaccoud, et de voir défendre par les arguments si cliniques que M. Lancereaux sait si bien faire valoir.

Et cependant il y a litige, et même tout comme au Palais Bourbon, il y a eu incident. Faut-il s'en émouvoir ? Est-avec un confrère de la presse médicale, très intéressé sans doute au succès de l'œuvre de la tuberculose, mettre l'autre sur le compte de « l'énervement » des académiciens.

L'incident ? Je ne m'y arrête pas, c'est un mince épisode de la vie parlementaire d'une assemblée où les traditions de courtoisie sont toujours en honneur.

Le litige, puisque litige il y a, porte avant tout sur cette question : est-il opportun de s'adresser au grand public et sous le patronage de l'Académie, d'organiser une sorte de manifestation populaire pour démontrer l'utilité de faire la prophylaxie de la tuberculose.

Oui, d'après les Congressistes de l'année 1888, et cela s'explique. Oui, d'après M. Verneuil, dont on peut ne pas partager les opinions, mais dont on admire toujours la juvénile ardeur.

Non, d'après M. Lancereaux, et ceux qui n'attendent rien de telles instructions qui espèrent tout des améliorations hygiéniques et sociales. Non, d'après ceux qui, avec M. Jaccoud et M. Hardy se refusent de prendre la responsabilité d'instructions prophylactiques, inutiles si elles s'adressent au public ignorant, et superflues, si elles prétendent d'enseigner aux médecins, qui ne l'ignorent pas, les dangers d'inhaler la poussière de crachats tuberculeux.

Telle a été hier la position de la question. Ici une opinion de droite, là une opinion de gauche ; puis entre les deux, une opinion transactionnelle ! Quelle est celle qui triomphera ? C'est un secret que vous ne découvrirez pas encore dans le compte-rendu de la séance d'hier mardi.

Ch. Eloy

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 21 janvier 1890)

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

Prophylaxie de la tuberculose. — M. Verneuil répond aux diverses objections qui ont été faites à la Commission. On lui reproche de semer la terreur dans le public. Mais il est impossible de dissimuler le danger de la tuberculose. L'érysipèle et la pourriture d'hôpital ont disparu parce qu'on a pris contre eux des mesures prophylactiques sérieuses. La tuberculose est-elle transmissible ? Oui. Le danger est-il grand ? Oui. Peut-on le combattre ? Oui. Donc il est utile de faire connaître à tout le monde la prophylaxie de la tuberculose. L'Académie assumerait une grande responsabilité si elle empêchait de faire pénétrer la lumière dans le public.

On a inutilement multiplié les causes de la tuberculose, dit M. G. Sée, car la maladie ne se transmet que par les crachats. Mais le bacille est dans l'air que nous respirons, dans les aliments que nous ingérons. Il se dépose sur nos habits. Il peut rester latent, dans l'organisme, pendant un quart de siècle. Sachant tout cela, la commission avait pris les mesures nécessaires. Le crachat, d'après M. G. Sée, est seul coupable. Il suffit de le recevoir dans un crachoir et de le détruire avant sa dessiccation. Si c'était vrai, la prophylaxie serait bien simplifiée, mais cette théorie est inacceptable ; elle est dangereuse au point de vue prophylactique.

M. Verneuil cite des exemples d'enfants atteints d'adénite

Digitized by Google

tuberculeuse, bien que nés de parents sains, d'adultes atteints de tuberculose des voies urinaires. Que devient, dans ces cas, la prophylaxie basée sur la destruction des crachats ?

M. Jaccoud a malmené avec roideur et avec une courtoisie douteuse ces conclusions. Il paraît que tout ce que celles-ci renferment a été dit par M. Jaccoud, il y a longtemps. Il est évident que les leçons de M. Jaccoud sont des chefs-d'œuvres. Pourquoi donc reprocher à la Commission de les reproduire ?

M. Collin estime qu'il y a lieu de voter les conclusions de la Commission. Elles sont modérées, elles n'attentent pas à la liberté individuelle. Elles ne comportent pas de restrictions trop considérables. Leur vote ne peut compromettre l'Académie. M. Collin demande seulement qu'on ajoute aux causes de tuberculose le danger que fait courir l'insuffisance de l'aération.

M. Villemin. — L'Académie a nommé une Commission pour étudier la prophylaxie de la tuberculose. En rejetant en bloc ces conclusions, elle lui ferait un affront gratuit. Pareil procédé ne s'est vu nulle part. La Commission retire son rapport.

M. Le Fort. — Il y a un malentendu. Il existe une grande différence entre repousser la proposition de la Commission et redouter la publicité qu'on veut lui donner. Personne n'a envie de rejeter les conclusions de la Commission, mais il y a doute si on doit les répandre dans le public.

M. Bergeron croit que l'Académie ne peut se désintéresser de la discussion. Elle doit voter dans le sens de la Commission. S'ensuit-il qu'il faille voter toutes les conclusions dans les termes où elles sont formulées? Non. Il faut rester dans les données générales. Les instructions au public sont inutiles. M. Bergeron propose de dire simplement : la tuberculose est une maladie parasitaire, infectieuse. Le microbe est contenu dans les crachats et le pus desséchés. Le meilleur moyen prophylactique consiste dans la destruction des crachats.

M. Nocard réclame pour le lait qui peut être dangereux quand il contient des bacilles. — M. Trélat demande le renvoi de la conclusion de M. Bergeron à la Commission. (Adopté).

M. A. Robin lit un travail de M. Renault (de Lyon) sur **l'imperméabilité du rein brightique et ses conséquences au point de vue thérapeutique.**

M. Chauvel lit une note sur une complication des abcès du foie, **la carie des côtes voisines de l'ouverture de l'abcès**

F. R.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 janvier 1890

Présidence de M. le Dr Ledentu.

Tumeurs des glandules de la muqueuse buccale. — M. Monod rend compte d'un intéressant mémoire sur ce sujet envoyé à la Société par M. de Larabrie (de Nantes). Ces tumeurs s'observent chez les adultes de 19 à 60 ans, aussi bien chez l'homme que chez la femme ; elles se développent sur la voûte, sur le voile du palais, sur la face interne des joues et des lèvres ; leur volume varie des dimensions d'une fève à celles d'un œuf de poule ; leur forme est arrondie, leur consistance ferme ; la muqueuse buccale, au dessous de laquelle elles font saillie, est intacte sur toute leur surface ; elles sont séparées des parties voisines par une capsule fibreuse, ce qui les rend facilement énucléables. Leur développement est lent ; elles ne présentent jamais d'ulcération à leur surface. Ces tumeurs avaient été considérées jusque dans ces dernières années comme de simple hypertrophies des glandes salivaires disséminées dans l'épaisseur de la muqueuse buccale, d'où leur classement dans le groupe des adénôme.

Cependant, en 1872, M. Thaon démontra que leur tissu n'était pas aussi simple, qu'elles étaient de véritables néoplasmes dans lesquels prédominait la prolifération épithéliale, au milieu d'une trame conjonctive. Depuis, ces recherches ont été vérifiées par divers observateurs, et ces tumeurs sont considérées comme des épithéliomes mixtes. Dans les néoplasies jeunes, le tissu épithélial prédomine ; plus tard, elles sont envahies par le tissu conjonctif. Leur bénignité est donc relative, elles peuvent subir la dégénérescence carcinomateuse, se propager à distance, et même récidiver après leur ablation. Il faut donc les extirper de bonne heure, et d'une manière aussi complète que possible.

M. Verneuil a constaté souvent le pluralité des variétés histologiques de tumeurs de la bouche, qui, au point de vue clinique, se présentent toutes de la même façon. Cependant il peut y avoir récidive d'une tumeur sous forme d'un tissu différent du néoplasme primitif, ainsi que cela a été démontré dans la thèse de M. Richard.

Ainsi, une tumeur primitivement fibro-musculaire peut récidiver sous la forme d'un sarcome, d'un carcinome. On peut expliquer de la sorte ces variétés de tumeurs buccales.

M. Quenu se demande si l'on doit admettre la substitution d'un tissu à un autre dans une tumeur. M. Rouvier a examiné des tumeurs épithéliales, dont la récidive, examinée par le même auteur, était du sarcome pur. Pour expliquer ces différences, on a dit que l'on avait enlevé tout ce qui était épithélial et laissé en place le tissu sarcomateux qui a bourgeonné. M. Rouvier pense qu'il ne faut pas tenir trop grand compte des cellules épithéliales englobées au milieu du tissu conjonctif, et que seul, ce dernier a proliféré. M. Quenu rattache ces variétés aux tumeurs polymorphes décrites récemment par M. Malassez et formées de plusieurs espèces de tissus ; ce sont donc des tumeurs mixtes.

Elections. Sont nommés *membres correspondants étrangers* MM. Roux (de Lausanne), Wolfer (de Vienne), Pereira-Guimaraès (de Rio-de-Janeiro).

Membres correspondants nationaux. MM. Duret, Piedchaud, Tachard, Masse, Badal et Chevasse.

Séance annuelle : La Société de chirurgie tiendra sa séance annuelle le 22 janvier prochain.

H. M.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 23 décembre 1889

Présidence de M. le Dr Michel Daxsac

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance comprend : 1° les Annales des maladies génito-urinaires ; 2° des lettres de remerciement de M. Cazenave de la Roche, nommé membre correspondant, et de M. Stékoulis, nommé également membre correspondant.

M. Bottey dépose sur le bureau, de la part de M. Stekoulis, un n° de la *Gazette médicale d'Orient.*

Digitized by Google

M. Duchêne fait un rapport sur la candidature de M. Cancalon.

M. Delgny fait un rapport sur la candidature de M. Rabion.

M. Descroizilles fait une communication **sur l'emploi des pointes de feu sur le cuir chevelu dans l'épilepsie infantile.** (Voir page 49)

Discussion sur l'épidémie régnante. — M. Huchard propose de mettre la question de la grippe à l'ordre du jour immédiat de la Société, en raison de l'actualité de ce sujet.

A-t-on affaire à une épidémie de grippe seule, de dengue seule ou à une épidémie mixte. Je suis partisan de cette dernière opinion, et je crois qu'il existe actuellement des cas de grippe et des cas de dengue.

Tel ce cas : une femme est prise subitement de fièvre (40°, 8) de douleurs vives, de rougeur de la face, et n'a plus rien au bout de deux jours. Or ce n'est pas là la grippe: c'est une fièvre intense et douloureuse et non catarrhale. Voici une autre forme: un jeune homme est pris de frissons, de température élevée 39,4, langue sale; et c'est tout; aucun organe n'est pris. Quant à la bénignité de l'épidémie, je ne la crois pas telle qu'on l'a dit. Chez un artério-scléreux à lésion bien compensée, l'invasion d'une affection aiguë peut amener une dilatation aiguë du cœur qui emporte rapidement le malade. Je viens d'observer 3 cas successifs de ce genre dans lesquels la grippe a joué ce rôle occasionnel néfaste. De même, en temps d'épidémie grippale, les vieillards, les diabétiques, les phtisiques, etc., succombent rapidement.

Je crois donc, au point de vue prophylactique, qu'on devrait défendre à tous ces débilités de sortir, et surtout de sortir le soir.

En résumé, deux périodes sont à noter dans l'épidémie actuelle: une première hésitante et bénigne, une seconde marquée par des phénomènes fluxionnaires et graves.

M. Tripet. — On ne peut dire que l'épidémie soit grave, en raison du rapport du nombre des cas, avec celui des décès. Quant à la question de terrain, elle a aussi son importance, j'ai remarqué que dans les formes fébriles qui durent peu, il persiste longtemps une sensation d'accablement.

M. Descroizilles pense que M. Huchard a bien fait de montrer le danger, mais toutefois il ne faut pas l'exagérer : il faut se rappeler l'excellent état sanitaire de cet été, qui est, sans doute, compensé par le taux actuellement élevé de la mortalité. Dans mon service d'enfants, le chiffre des entrées ne s'est pas anormalement élevé : je pense que la grippe doit être rare chez les enfants, dans l'épidémie actuelle.

Les malades adultes que j'ai vus, toussent, se plaignent de la tête et se trouvent bien de l'antipyrine : du reste on ne remarque rien à l'auscultation.

M. Bouloumié croit qu'on a trop facilement confondu la dengue et la grippe qui se répand avec une rapidité beaucoup plus grande que la dengue. On a signalé des grippes avec des éruptions, la face vultueuse et l'absence des catarrhe. Dans la dengue, les éruptions sont localisées à la partie postérieure du membre; elles se terminent par desquamation furfuracée et des démangeaisons. La contagiosité de la dengue est nettement établie, celle de la grippe ne l'est pas; celle-ci est surtout épidémique.

M. Huchard maintient le mot de très grave qu'il a prononcé mais, à condition que la maladie s'attaque à des sujets déjà malades, à des cardiaques, et des alcooliques, des débilités. Il n'a pas dit qu'on était en face d'une épidémie de dengue, mais seulement que la nature de la maladie actuelle était mal déterminée.

Elections. — Les élections pour le renouvellement du Bureau donnent les résultats suivants: *Président*, M. Michel-Dansac ; 1e *Vice-Président*, M. Descroizilles ; 2e *Vice-Président*, M. Boutin ; *Secrétaires annuels* : MM. Blocq et Potherat. Les autres membres du Bureau n'étaient pas soumis à la réélection. M. Cancalon est nommé membre associé.

LE TRAITEMENT DES MALADIES

Grippe infectieuse maligne (1)

I. **Forme bulbaire; son traitement.** — Il est entendu que la maladie exerce sa principale action sur le système nerveux, et sur le nerf pneumo-gastrique dont le fonctionnement est troublé dans les trois principaux organes qu'il innerve. J'ajoute que, dans certains cas soumis à mon observation durant cette épidémie, le bulbe rachidien m'a paru sérieusement intéressé, et qu'outre les symptômes cardiaques, pulmonaires et gastriques constatés chez un malade de soixante ans dont j'ai raconté l'histoire succincte, j'ai observé à plusieurs reprises la respiration de Cheyne-Stokes. Or, celle-ci est un phénomène de provenance et d'anémie bulbaires.

Le bulbe peut donc être primitivement atteint dans la grippe infectieuse maligne ; il y a donc une *forme bulbaire*, importante à connaître au double point de vue clinique et thérapeutique : au point de vue clinique, puisqu'elle permet d'attribuer certains accidents pulmonaires et cardiaques à une cause nerveuse ; au point de vue thérapeutique, puisqu'elle nous enseigne le traitement de ces divers accidents.

Nous ignorons encore la nature des lésions produites par la grippe sur le système nerveux ; mais nous savons qu'au point de vue clinique, ce qui caractérise surtout l'atteinte portée au système nerveux central, c'est *l'asthénie*. Celle-ci envahit le plus souvent le système nerveux tout entier, ce qui constitue une sorte de *neurasthénie générale*. Mais elle peut se localiser d'emblée et n'affecter qu'une partie des centres nerveux. Lorsqu'elle se manifeste par la respiration de Cheyne-Stokes, la thérapeutique ne doit pas rester inactive, car ce syndrôme est d'un pronostic très sévère et très grave, il signifie, asthénie et anémie bulbaires; d'où la double indication de produire l'excitation et l'hypérémie du bulbe.

(1) Suite et fin (Voir les [illegible] 2, 3 de 1890).

Digitized by Google

Pour remplir la première indication, c'est-à-dire pour hypérémier le bulbe, faites dans la journée trois ou quatre injections avec le quart d'une seringue de Pravaz remplie de la solution de trinitrine dont j'ai donné la formule (quarante gouttes de solution de trinitrine au centième pour 10 grammes d'eau) : Pour exciter le fonctionnement bulbaire, faites le même nombre d'injections avec le quart d'une seringue ou une demi-seringue de Pravaz d'une solution de strychnine (un centigr. de sulfate de strychnine pour 10 gr. d'eau distillée). La trinitrine congestionne les centres nerveux, la strychnine les excite. On comprend ainsi que ces injections, pratiquées l'une après l'autre, répondent à la double indication de combattre l'asthénie et l'anémie bulbaires. On peut y joindre encore des vésicatoires, des pointes de feu à la nuque, ou encore l'application de courants continus, en plaçant par exemple le pôle positif à la nuque et le pôle négatif à la région précordiale.

II. **Congestions pulmonaires et pneumonies vago-paralytiques.** — J'ai dit que chez les grippés, les symptômes se montraient comme si leurs pneumogastriques étaient coupés. On s'explique ainsi l'allure clinique de certaines pneumonies ou congestions pulmonaires. Vous constatez des *pneumonies en bloc*, qui rapidement, dans l'espace de 24 heures, arrivent à la période d'hépatisation et peuvent envahir l'organe tout entier; il existe des congestions pulmonaires, plus ou moins étendues qui s'installent pendant plusieurs semaines, et qui se révèlent par des râles crépitants fins très nombreux, seulement appréciables dans les grandes inspirations, comme s'il s'agissait de râles produits par le déplissement pulmonaire et dus à une sorte d'*affaissement pulmonaire* (1). La contractilité bronchique est atteinte, comme je l'ai démontré à propos de la forme bronchoplégique ; l'élasticité des vésicules pulmonaires est affaiblie, ce qui permet leur affaissement, et c'est ainsi que les malades peuvent succomber lentement aux progrès d'une véritable asphyxie.

Dans certains cas, il ne s'agit donc pas réellement de véritables pneumonies, même lorsque l'on constate du souffle tubaire, et je répète que certains états congestifs du poumon dans la grippe sont sous la dépendance d'un état parésique du nerf vague ; c'est ce qui explique l'absence fréquente de point de côté, de toute réaction inflammatoire, le peu d'intensité de la fièvre, ou même encore le ralentissement du pouls contrastant avec une élévation de température.

Un des historiens de l'épidémie de 1837 (et l'on ne saurait trop comparer l'épidémie de 1889-90 à celle de 1837), Landau a observé les mêmes faits, et l'on me permettra de citer le passage, malgré sa longueur (1) :

« C'est dans les symptômes généraux surtout, que nous avons vu la pneumonie différer de ce qu'elle est habituellement. Le pouls, ordinairement si large et si plein dans cette maladie, était petit et *lent* ; excepté chez deux malades où il s'est élevé jusqu'à 86 pulsations, il n'a pas dépassé 72, et le plus souvent il variait de 60 à 68. Valleix lui-même, qui a souvent soutenu l'opinion opposée, n'a pas pu s'empêcher de dire (2) : « Le pouls semblait avoir moins d'ampleur.., l'accélération du pouls n'était pas dans beaucoup de cas en rapport avec la violence des symptômes fébriles. » Ce caractère du pouls est assurément remarquable, sa constance mérite de fixer toute notre attention, car c'est un phénomène fort curieux que cette lenteur du pouls chez des individus atteints de lésions organiques très étendues, et chez lesquels les autres symptômes avaient une intensité très grande. De plus, au lieu de la coloration si animée de la face qui existe dans la pneumonie franchement inflammatoire, on trouvait, chez presque tous les malades, la figure pâle, exsangue, les lèvres bleues, la peau des extrémités refroidie, *tous les symptômes enfin d'une véritable asphyxie...* Je pourrais citer comme un exemple frappant de ce que je viens de dire, un malade, le nommé G..., âgé de 20 ans. Il entra à l'hôpital, présentant tous les symptômes d'une pneumonie double. Le souffle et la matité s'étendaient à plus des 2/3 inférieurs des deux poumons, et cependant, il n'y avait point la moindre réaction. Le malade ne paraissait pas éprouver la moindre gêne dans la respiration, le pouls était calme et variait de 60 à 68 pulsations ; les mouvements respiratoires n'étaient point accélérés, la peau avait la température normale... Hormis les symptômes locaux, il n'y a rien ici assurément qui ressemble à la pneumonie. »

Conclusion. — Dans la grippe, l'asthénie du système nerveux peut porter directement sur le bulbe et donner lieu à des accidents dus à l'atteinte portée au bulbe et au pneumogastrique, (respiration de Cheyne-Stokes, congestions pulmonaires, affaissement ou stupeur pulmonaire, pneumonies bâtardes et asphyxiques, crises cardiaques (3), troubles gastriques, etc.). Donc

(1) M. Ferrand vient, en partie, de décrire cet état sous le nom de « *stupeur pulmonaire.* » (*Soc. méd. des hôpitaux*, 10 janvier 1890).

(1) *Arch. gén. de médecine*, 3e série, tome I 1837, p. 441 (mémoire sur la *grippe* de 1837, et sur la *pneumonie considérée comme symptôme essentiel de cette épidémie*, par L. Landau).

(2) *Presse méd.* 1837, nos 9 et 11.

(3) Ces crises cardiaques, que j'ai décrites dans le dernier numéro de ce journal (page 46, no 3) et qui n'avaient été signalées jusqu'ici par aucun auteur, me paraissent être souvent d'un pro-

Digitized by Google

la thérapeutique doit surtout viser le système nerveux (injections de trinitrine, de caféine (1) et de strychine, emploi de l'électricité, etc.)

III. **Forme gastro-intestinale.** — L'épidémie de 1889-1890 a présenté successivement les trois phases suivantes :

1° La phase *nerveuse* et *fébrile*, caractérisée par les douleurs et une fièvre vive sans autres complications (forme *bénigne* de la maladie) ;

2° La phase *pneumonique* ou *catarrhale* caractérisée par les complications fréquentes du côté de l'appareil pulmonaire, congestions du poumon, pneumonie, etc. (forme *grave* de la maladie) ;

3° La phase *abdominale* caractérisée par des accidents divers du côté de l'appareil digestif, (embarras gastriques, vomissements, diarrhées, etc.)

C'est ainsi que la grippe abdominale peut offrir quelque ressemblance avec la dysentérie ou même avec le choléra. La *Gazette médicale* de 1833 renferme l'histoire d'une *grippe cholériforme* (2). — En 1887, Champouillon constatait la forme abdominale ; les cas graves étaient caractérisés par de la céphalalgie intense, de la courbature, de l'embarras gastrique avec inappétence absolue. — En 1870, L. Gros. (d'Alger,) a vu le catarrhe intestinal de la grippe prendre une grande intensité jusqu'à la production d'un flux sanguinolent dysentériforme. — Pendant l'épidémie de 1875, Lapie, dans sa thèse inaugurale (1), a cité des cas semblables. — Pendant l'épidémie de 1880, dans le service de M. Potain, à l'hôpital Necker, on a observé des cas assez nombreux de grippe abdominale. « Tel malade semblait avoir une dysentérie, tel autre une affection cholériforme, qui démontrait leur parfaite ressemblance avec des cas où la présence simultanée des phénomènes thoraciques ne pouvait laisser de doute sur la nature et l'origine de ces affections. » — Pour ma part, je viens d'observer en province une forme gastro-intestinale terminée par la mort et caractérisée par les accidents suivants : vomissements incoercibles empêchant toute alimentation, selles diarrhéiques fréquentes, refroidissement, algidité et cyanose des extrémités, rareté des urines, yeux excavés, voix éteinte, hoquet, délire.

IV. **Embarras gastrique infectieux.** — Il y a 4 ans, en 1886, je soignais avec mon ancien interne, M. le Dr Marciguey, à qui j'avais confié cette malade, une femme atteinte, pendant une petite épidémie grippale, d'un embarras gastrique que j'ai qualifié alors d'*infectieux* : La langue est restée, pendant plus d'un mois, couverte d'un enduit blanchâtre très épais, il y avait une inappétence absolue, les urines rares contenaient un peu d'albumine, les garde-robes étaient très fétides, la rate était grosse, la prostration des forces extrême ; bref, l'état général fut si grave que j'ai craint pendant quelques jours une terminaison funeste. La malade guérit cependant, au prix d'une très longue convalescence.

Pendant l'épidémie actuelle, j'ai vu des cas semblables assez nombreux. Alors, si vous ne tenez compte que de l'état gastrique, si vous ne voyez qu'une langue blanche, saburrale, et qu'un estomac à soigner, qu'allez-vous faire ? Vous administrerez purgatifs sur purgatifs, vous y joindrez même plusieurs vomitifs, sans modifier sensiblement les fonctions digestives, et vous aurez commis une faute thérapeutique, puisque votre médication aura contribué à augmenter encore l'affaiblissement du malade. Mais, il y a autre chose qu'un simple état gastrique : il y a un système nerveux abattu, il y a un rein qui élimine mal, il y a un foie qui fonctionne anormalement, un cœur qui se contracte avec mollesse, en un mot, derrière cet embarras gastrique il y a un état infectieux que vous devez combattre avant tout, et ce n'est pas à tel ou tel organe, c'est à tous les organes, c'est à l'organisme tout entier que votre thérapeutique doit s'adresser.

Il faut soutenir le cœur dans ses contractions défaillantes, assurer la dépuration de l'organisme par les divers émonctoires, combattre les accidents d'intoxication secondaire en faisant de l'antisepsie intes-

---

nostic assez grave. Aux faits que j'ai cités, je puis joindre l'observation suivante qui vient de m'être communiquée par mon savant confrère, le Dr Manouvriez, de Valenciennes : « Un jeune homme atteint d'influenza, a présenté depuis quelques jours les troubles fonctionnels suivants du côté du cœur : Pouls *lent* de 57 à 33 pulsations à la minute, parfois léger dédoublement du second bruit à la base du cœur, puis irrégularités du pouls se traduisant par une ou deux irrégularités, parfois 8 à la minute. Au début, prostration, refroidissement des extrémités, facies altéré, lie de vin et violet clair.... Point particulier : couché ou assis, le malade a de 48 à 51 pulsations bien frappées ; debout, le pouls devient très faible et plus fréquent (80 pulsations environ) ; lorsqu'il se rassied, on sent le pouls descendre à 48 ou 50 pulsations. »

« Ce sont bien là les caractères *du pouls instable* » et du « *collapsus cardiaque* » que j'ai décrits. H. H.

(1) M. Peter qui parle, après moi, (*Bull. méd.*, 19 janvier 1889) des accidents syncopaux et de collapsus cardiaque dans la grippe, recommande, entre autres choses, pour combattre la faiblesse nerveuse consécutive de l'influenza, l'emploi du café qui « vaut mieux que la caféine. » Il paraît oublier ou ignorer les expériences que j'ai faites avec M. Eloy, pour démontrer l'action *élective* de la caféine sur les centres nerveux. De plus, il se met en contradiction avec lui-même : Dans une de ses leçons sur la maladie d'Addison (*Semaine médicale* (1889), il recommande les injections sous-cutanées de caféine pour combattre l'asthénie nerveuse spéciale à cette dernière maladie, et pour combattre les mêmes accidents dans la grippe, il les repousse..... Je laisse aux lecteurs le soin d'expliquer ou de comprendre cette contradiction thérapeutique. H. H.

(2) *Dict. encycl. des sc. méd.*, tome X, 4e série, 1884.

(1) Lapie. — Relation d'une épidémie de grippe abdominale. Thèse inaug. de Paris, 1876.

Digitized by Google

tinale, etc. Avec ces données, l'embarras gastrique de votre malade ne deviendra pas pour vous un embarras de diagnostic. Telles sont les diverses indications auxquelles votre thérapeutique doit obéir :

1° *Il faut soutenir la contraction cardiaque* par les injections sous-cutanées de caféine, par l'administration de préparations de digitale ; (je préfère dans ces cas la solution de digitaline *cristallisée* au millième : cinquante gouttes de cette solution représentent un milligramme ; prescrivez deux gouttes toutes les deux heures — 12 à 20 gouttes par jour — pendant deux ou trois jours). Les injections d'éther sont également indiquées.

2° *Il faut assurer la dépuration urinaire* par la prescription des diurétiques et du régime lacté, par l'emploi du salol, etc. La caféine répond encore à cette indication.

3° *Il faut pratiquer l'antisepsie du milieu intérieur*, pour éviter les auto-intoxications. Voici une formule de cachets destinés à réaliser l'antisepsie de l'intestin et des organes urinaires :

Naphtol *a*	ãã 4 gr.
Salicylate de bismuth	
Salol	

Pour 20 cachets. Prendre 4 cachets par jour.

S'il y a de la constipation, on peut remplacer le salicylate de bismuth par le salicylate de magnésie, d'après la formule suivante :

Naphtol *a*	ãã 4 gr.
Salicylate de magnésie	

Pour 20 cachets (3 à 4 cachets par jour)

Voici encore deux autres formules :

Naphtol *a*	ãã 4 gr.
Salol	

Pour 10 cachets (2 cachets par jour).

Charbon de peuplier	ãã 6 gr.
Magnésie décarbonatée	

Pour 20 cachets (3 à 4 cachets par jour).

4° *Il faut pratiquer l'antisepsie du milieu extérieur.* Cette prescription est très importante, et dans tous les cas de maladies infectieuses, d'embarras gastriques infectieux, je prends les mesures suivantes : pendant le jour le malade quitte la chambre qu'il a occupée la nuit, et auparavant je fais aérer la chambre qu'il va occuper, et je fais pratiquer des pulvérisations phéniquées ou autres ; soins de propreté ; lotions sur le corps avec des liquides antiseptiques (lotions boriquées, etc.).

5° *Il faut surveiller les fonctions gastriques.* Si l'anorexie et l'état dyspeptique sont prédominants, on cesse pour un temps toutes les préparations précédentes et on prescrit la médication suivante :

Teinture de centiane	ãã 3 gr.
Teinture de badiane	
Teinture de noix vomique	
Chloroforme	XXX gouttes

Filtrez. Prendre dix gouttes deux à trois fois par jour dans un verre à madère d'eau. (Dans cette formule, le chloroforme est destiné à jouer le rôle d'antiseptique).

A mi-chemin de chaque repas, le malade doit prendre une cuillerée à soupe de cette potion :

Eau distillée de tilleul	ãã 60 gr.
Eau de mélisse	
Sirop de menthe	30 —
Acide chlorhydrique	XXX gouttes.

6° *Traitement de la convalescence.* La convalescence est longue, souvent fort longue ; dans beaucoup d'affections grippales, les malades restent longtemps très faibles. Dès qu'on le peut, on doit les changer d'air ; si l'affaiblissement nerveux persiste pendant longtemps encore, on se trouve bien d'ordonner deux ou trois pilules de phosphure de zinc par jour ; enfin, si les forces générales ne se relèvent pas, j'ai l'habitude de prescrire un vin tonique, composé suivant cette formule :

Vin de Lunel	400	grammes
Sirop d'écorces d'oranges amères	30	—
Glycérine	25	—
Extrait de quinquina	20	—
Teinture de coca	15	—
Teinture de cannelle	10	—

Filtrez et délayez le quinquina dans la glycérine pour rendre le vin aussi clair que possible. (En prendre un verre à liqueur trois à quatre fois par jour).

J'ai terminé ces considérations pratiques sur le traitement de la grippe. Je me résume en disant que les praticiens ne doivent jamais, au point de vue thérapeutique, oublier les deux éléments principaux dont se compose cette maladie : *l'élément nerveux* et *l'élément catarrhal* ou *congestif*. Les indications thérapeutiques diffèrent, suivant la prédominance de l'un ou de l'autre de ces éléments.

HENRI HUCHARD.

CORRESPONDANCE DE L'ÉTRANGER

Strasbourg, 17 janvier 1890.

L'influenza en Russie et en Allemagne

L'épidémie d'influenza a pris à Saint-Pétersbourg, en quelques semaines, une extension et une intensité telles que la génération actuelle n'en avait jamais vu de pareille. Les premiers cas furent constatés dans la dernière semaine d'octobre, puis l'épidémie se développa avec une violence prodigieuse dans les premiers jours de novembre par un temps extraordinairement chaud, humide, nébuleux, avec prédominance des vents d'ouest. Elle s'étendit rapidement sur toute la ville ; les hôpitaux furent bientôt encombrés et le nombre des personnes qui en furent *atteintes au bout dun mois s'éleva à plus de la moitié des habitants* de Saint-Pétersbourg.

Au milieu de décembre, plus du tiers de la population de Berlin en était atteinte, d'après M. Leyden.

L'épidémie de Saint-Pétersbourg s'étendit avec une égale intensité sur toutes les classes de la population. Il y a peu de familles où il n'y ait eu un ou plusieurs malades. L'enseignement a été interrompu dans les écoles ; dans plusieurs d'entre elles il manquait 25 à 50 pour cent des élèves et des maîtres. Plusieurs fabriques durent fermer, d'autres

Digitized by Google

ne purent que péniblement continuer le travail, parce que la moitié des ouvriers manquait. Les hôpitaux militaires étaient remplis et les malades, faute de place, restèrent couchés dans les casernes. En un mot, le génie épidémique se montra partout. Aucun sexe, aucun âge ne fut épargné, quoique quelques médecins aient cru avoir observé que les hommes en sont principalement atteints, et qu'un âge avancé dispose moins à la maladie. Les enfants n'y ont pas été moins sujets que les adultes.

L'*origine de l'épidémie*, de l'avis d'un rédacteur de l'*Allg. med. Centr. Ztg.*, est peut-être en rapport avec le bas niveau des eaux souterraines qui a persisté assez longtemps.

L'extension a lieu apparemment par voie miasmatique, et le miasme très fugace pénètre rapidement partout. Le développement a-t-il lieu plus tôt et plus rapidement dans les contrées basses. Cette question n'est pas tranchée ; à Saint-Pétersbourg, c'est le quartier le plus élevé qui paraît avoir été atteint en dernier lieu, et dans les environs de la ville, Zarskoje-Sselo, qui est sec et un peu élevé, paraît être resté indemne plus longtemps, tandis que Peterhof, Ligowo, Kronstadt, etc., ont fort souffert de l'épidémie. Par contre, on signale des cas de maladie à l'observatoire de Pulkowo, le point le plus élevé des environs de Saint-Pétersbourg.

Les trois groupes de symptômes se caractérisaient comme suit :

1° *Dans la forme purement nerveuse*, les symptômes généraux du côté du système nerveux étaient fort prononcés et des douleurs névralgiques, ont pu faire croire à un commencement de pleurésie.

2° *La forme broncho-catarrhale* : caractérisée par du catarrhe bronchique, du coryza et de la conjonctivite avec fièvre.

3° *La forme gastrique avec catarrhe intestinal* et débutant quelquefois par de violents vomissements persistant un à deux jours.

Parmi les *symptômes particuliers* qui ont été observés, il faut encore signaler : l'herpès labial et nasal très fréquent, l'herpès palpébral rare, l'érythème, la roséole, l'urticaire, etc.

Comme *complications*, assez rares du reste : l'irritation méningée et la pneumonie catarrhale. Cette dernière a été la cause de la mort dans les cas qui se sont terminés par décès. De plus, il y a eu des cas très légers, à marche abortive, dans lesquels quelques-uns seulement des symptômes se présentèrent à un très faible degré, pour faire place bientôt à une euphorie parfaite.

On n'a pas pu décider, si l'extension de la maladie a aussi lieu par contagion. Les nombreux cas, où un seul membre d'une famille se trouve atteint, parlent contre cette hypothèse ; d'un autre côté on en a aussi signalé où la maladie a atteint successivement chaque membre de la famille l'un après l'autre.

La *durée de l'incubation* était de *deux jours*, comme le prouvent les cas de voyageurs nouvellement arrivés (1).

(1) Cette durée est évaluée à deux ou trois jours par William Squire dans ses deux mémoires intitulés: *Température observation* et *Collected Essais* et publiés à Londres, 1868 et 1887. Elle peut aussi durer seulement quelques heures. (N. D. R.)

La *période prodromique* était courte, ne durait souvent que quelques heures, se caractérisant par de la lassitude, de la céphalalgie, du frissonnement, etc., comme d'autres maladies infectieuses. Le complexus *symptomatique* variait. On distinguait trois groupes de cas. Un signe commun à ces trois formes, c'est *l'apparition de symptômes nerveux généraux* : abattement considérable, faiblesse, arthralgie, céphalalgie, parfois vertige et sensations nerveuses variables (par exemple : hypéresthésies), ne répondant pas toujours à la fièvre, qui est de courte durée et souvent peu élevée. La température monte rapidement, atteint souvent 40° 5 et descend aussi rapidement, ou reste élevée pendant quelques jours, pour retomber rapidement ensuite. La durée de la fièvre est d'ordinaire de un à trois, rarement cinq à six jours. On a toujours trouvé une légère tuméfaction de la rate (1).

La *convalescence* était variable; elle dépend peut-être du degré de violence de la maladie et du traitement employé. Certains malades se trouvaient aptes à travailler le jour même qui suit la chute de la fièvre : chez d'autres les symptômes nerveux et les manifestations catarrhales duraient encore plusieurs jours.

On croit avoir observé des *rechutes*. Au milieu d'un bien-être relatif, du cinquième au septième jour, la fièvre revient avec un frisson, puis il se reproduit des manifestatons catarrhales.

Dans le traitement, la quinine, l'antifébrine (deux à trois fois par jour des doses de 0,50); l'antipyrine, le salycilate de soude, et les diaphorétiques jouent le principal rôle. On vante des résultats obtenus par les uns et les autres de ces médicaments. Une pharmacie moyenne vendait une livre de quinine en deux jours à Saint-Pétersbourg.

La première épidémie bien constatée d'influenza été observée d'après Gluge en 1387. D'après Hirsch, on signale ces épidémies depuis 1173. Déjà en 1709 il y eut une épidémie, dans laquelle les symptômes nerveux prédominaient sur les manifestations des voies respiratoires. C'est en 1742 que le nom d'influenza est employé pour la première fois par Huxham. En 1743 surgit le nom de grippe pendant une grande épidémie qui régna en France.

Tous les auteurs s'accordent à dire que dans l'influenza il s'agit toujours de pandémies s'étendant le plus souvent du nord-est au sud-ouest et envahissant une grande par-

(1) Dans les anciens auteurs, on distingue toujours *deux formes* de l'influenza ; la *catarrhale* bien connue des médecins de notre temps et dans laquelle les voies respiratoires sont atteintes ; la forme *nerveuse*, où l'affection de la muqueuse respiratoire manque souvent, mais où le système nerveux est fortement attaqué. Voici les symptômes qu'on rapporte comme caratéristiques de la forme nerveuse : altération de l'état général, chancellement, douleurs musculaires, fièvre élevée (rappelant la fièvre typhoïde et la méningite), dépression morale, grande faiblesse, somnolence, céphalalgie, crampes des mollets, vomissements ou nausées, photophobie, délire. Cette dernière forme n'a pas été observée, depuis un grand nombre d'années et par suite est devenue tout à fait étrangère à la génération médicale actuelle. C'est pour cela que l'épidémie actuelle nous a surpris, et beaucoup de médecins n'ont pas pu se faire à l'idée de reconnaître l'influenza dans cette forme, puisque nous étions trop habitués à la forme catarrhale respiratoire. E. M.

Digitized by Google

tie du globe. C'est ce qui ressort du tableau dressé par Hirsch (*Historisch-geographische Pathologie*, 1881, Bd. 1). De 1173 à 1875 il rapporte 293 grandes épidémies, dont 20 ont aussi régné en Russie. On en a constaté sept en Europe, depuis 1800.

La dernière épidémie d'influenza a régné pendant l'hiver 1874—1875. Nous avons pu l'observer à Nancy, et ce sont les manifestations catarrhales des voies respiratoires qui prédominaient. Cette épidémie a également passé par Strasbourg, où elle a été observée et décrite par von der Velden (*Ueber eine im Winter zu Strassburg beobachtete Influenza-Epidemie. Nebsteiner historischen Einleitung*, 8°. Strassburg, 1875).

La liste des différents noms qu'on a donnés à cette maladie est assez curieuse : Grippe, Influenza, Burzel (Culbute ?) Ganser (jars, oie ?), Erstickungsfieber (fièvre à suffocation), Schafkrankheit (maladie des moutons), Hühnerweh (mal des poules), horion, tac, dando, catarrhe épidémique, catarrhe bilieux, Galanterie-Krankheit (maladie galante), maladie à la mode, fièvre à la mode, Flussfieber, fièvre catarrhale, rhume épidémique, catarrhe russe, maladie russe, Blitzcatarrh (catarrhe foudroyant), épidémie printanière, follette, coquette, petite poste, petit courrier, etc.

Le nom de catarrhe russe vient de ce que l'on croyait, avec Schœnlein, que l'influenza prenait son origine dans le nord. Schœnlein dit que les germes naissent dans les plaines des lacs de Ladoga et Onega, après les grands changements de température.

Dr E. Muller

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MÉDECINE

Un traitement antiseptique de la gastro-entérite.

L'agent médicamenteux que fait la base de ce traitement est la créoline.

On peut la prescrire sous la forme de poudre ou bien en potion. La première paraît préférable, malgré la difficulté de son mode d'administration, parce qu'elle assure un contact plus prolongé et plus direct de l'agent antiseptique avec la muqueuse.

I. Prises a la créoline. M. Schwin les formule ainsi :

Créoline	0, 50 centigr.
Sucre pulvérisé	5 gr.

Divisez en dix prises.

On administre chaque jour une à deux de ces prises.

II. Potion a la créoline. Elle s'administre par cuillièrée a café que l'on répète d'heure en heure. En voici la composition :

Créoline	I à II gouttes.
Sirop de gomme	30 gr.
Eau distillée de menthe ou de cannelle	70 gr.

III. Lavements antiseptiques. Dans le cas, où après quelques jours, on jugerait utile de compléter cette médication par des irrigations intestinales antiseptiques, on pourra administrer quotidiennement un ou deux lavements que l'on formulera ainsi à l'exemple de Monti (de Vienne).

Benzoate de soude	30 gr.
Eau distillée	1000 gr.

Ou bien :

Acide borique ou salicylate de soude	5 à 20 gr.
Eau distillée	1000 gr.

Ou bien encore :

Résorcine	0, 50 centigrammes.
Eau distillée	1000 grammes.

On prescrit aussi dans le même but, quoique sa puissance désinfectante soit moindre, la solution d'eau de chaux ainsi préparée :

Eau de chaux	2 parties.
Eau distillée	3 parties.

Ces irrigations enlèvent aux selles leur fétidité. S. R.

INFORMATIONS

Société médico-pratique. — Séance du 27 janvier. Ordre du jour :

1° Suite de la discussion sur l'épidémie régnante.

2° M. Desnos, pratique de l'antisepsie dans les maladies des voies urinaires.

3° M. Rabion, cas de méningite guérie chez un enfant probablement tuberculeux.

ETRANGER

Italie — **Ecole d'application d'hygiène publique de Rome** : Cet établissement dont la fondation remonte à une année, occupe sur la place Victor Emmanuel, à Rome, l'ancien couvent de Saint-Ensèbe. Les cours de la seconde année ont ouverts le 3 Janvier dernier et le nombre des élèves, admis au concours a été, en 1890, de 51 médecins, 6 pharmaciens et de deux ingénieurs. Une des conditions d'admissibilité au concours est de posséder au moins cinq années de pratique et de ne pas avoir dépassé l'âge de 45 ans.

VARIÉTÉS

Un parc vaccinogène en Algérie. — Ce parc annexé à l'asile de Beni-Messous fonctionne sous la direction de M. Bordo, médecin de l'Asile.

Depuis le mois d'octobre 1888, jusqu'à fin avril 1889, il y a été inoculé 80 génisses. Le médecin de l'Asile, en dehors de son service, a pour attribution la vaccination des génisses, ainsi que la récolte et la préparation de la pulpe vaccinale ; de très nombreuses vaccinations et revaccinations gratuites sont pratiquées hebdomadairement depuis la création du parc vaccinogène.

Cette pulpe est expédiée sans aucune altération, une partie des génisses est destinée à la ville d'Alger, pour assurer le service des vaccinations et revaccinations ; il a été exceptionnellement fourni cette année plusieurs génisses vaccinifères aux localités situées dans les environs de la ville : Mustapha, Saint-Eugène, Hussein-Dey, El-Biar, etc.

Le nombre des personnes vaccinées à l'asile a été, depuis le

Digitized by Google

mois d'otobre dernier, de 440, dont : 240 revaccinations, 200 vaccinations, en partie sur des enfants indigènes. Elles ont donné les résultats suivants : revaccinations, 96 0/0 ; vaccinations, 99 0/0.

Ces résultats tiennent surtout au procédé d'inoculation par scarifications, qui est bien supérieur à tous les autres.

Les génisses sont achetées sur les marchés de Maison-Carrée et Boufarik, par les soins du Directeur de l'établissement. Une des particularités importantes à signaler, c'est que ces génisses, au lieu d'être comme dans les parcs vaccinogènes de France, l'objet d'un régime hygiénique particulier, tant au point de vue de l'alimentation que de leur séjour à l'étable, sont soumises à leur nourriture ordinaire et maintenues dans des étables largement aérées.

La cueillette du vaccin se pratique du cinquième au sixième jour, et la préparation de la pulpe vaccinale est faite aussitôt ; la pulpe est de beaucoup plus active que la lymphe vaccinale, et, en Algérie surtout, où la température est fort élevée, elle y conserve beaucoup plus longtemps son activité, la glycérine neutre empêchant sa dessiccation.

L'épidémie d'influenza à Rome en 1837. — Cette année, d'après Lucchini, médecin à l'hôpital du Saint-Esprit, on remarqua une température assez basse. Il neigea pendant dix jours et il régna des vents violents. Du 26 mars à la fin d'avril, mêmes phénomènes atmosphériques, tout à fait exceptionnels sous le climat de Rome.

L'épidémie débuta au milieu de mars. Elle avait sévi précédemment en France et à Florence. Elle dura pendant deux mois.

De l'influence de la lumière sur les parties antérieures de l'œil. — Le coup de soleil électrique. — Depuis quelque temps, on publie des observations de « coup de soleil électrique ». M. Widmark, dont M. Leplat a analysé les travaux dans les *Annales de la Société médico-chirurgicale* de Liège, a cherché à élucider, par des expériences sur le lapin, si les troubles constatés résultent d'une action directe de la lumière sur les parties antérieures de l'œil ou viennent par réflexe de l'irritation de la rétine. Il soumettait l'œil de ses lapins à la lumière solaire ou à une lumière électrique de 1200 bougies La conjonctive rougissait au niveau de la fente palpébrale, la pupille se contractait, l'iris changeait de couleur, la cornée se troublait par une desquamation épithéliale. L'action sur la rétine n'intervient pas, car si l'on interpose entre l'œil et la lumière un écran portant un orifice répondant à la pupille, le trouble cornéen est faible et restreint. Si, au contraire, on interpose un petit écran devant la pupille seulement, la cornée s'opacifie tout entière. Widmarck a recherché si ce sont les rayons chimiques, caloriques ou lumineux qui agissent.

Par une solution saturée d'alun, on put exclure les rayons ultra-violets (chimiques) et ultra-rouges (caloriques). Les phénomènes d'irritation n'apparurent point. Dans une deuxième expérience, on fit passer la lumière par une solution d'iode dans le sulfure de carbone, qui retient tous les rayons, sauf les ultra-rouges, et on n'obtint pas d'irritation. Enfin dans une autre expérience, on fit passer la lumière à travers une lentille de cristal de roche, qui ne permet le passage qu'aux rayons chimiques, pendant qu'un œil de contrôle recevait la lumière à travers une même lentille de verre. Le premier œil devint très rouge, tandis que le second demeura pâle.

Il est donc prouvé que l'inflammation dépend de l'action des rayons chimiques sur les parties antérieures de l'œil, et spécialement de l'iris. Car si l'on couvre celle-ci, il ne survient aucune altération.

On voit ainsi que la propriété qu'ont les milieux de l'œil d'absorber les rayons ultra-violets n'est pas seulement utile à la vision, mais est d'une grande importance pour la nutrition de la rétine.

NECROLOGIE

En France : MM. les Drs *Hainaut* et *Richard* (de Paris) *Boucher* (de Neuvy-sur-Loire) ; *Arène* (d'Hyères) ; *Denis* (de Saint-Dizier) ; *Perreymond* (de Toulouse) ; *Alba* (d'Attignéville) et *Bancel* (de Toul).

En Autriche : M. le Dr *Benedict Schlutz* (de Vienne)

En Egypte : M. le Dr *Colucci-Bey*, vice-président honoraire de la Direction du service de santé égyptien.

INDEX BIBLIOGAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

Clinique médicale

Lemoine : Contribution à l'étude de la contagion de la dysentérie (*Lyon med.*, 29 décembre 1889).

Lépine : Nouvelle théorie du diabète (*Lyon méd.*, 29 décembre 1889)

Milliken : De l'érysipèle et de son traitement par le camprho-phénique (*The therap. Gaz.* 16 décembre 1889).

Prentiss : Observations de trois cas de pouls lent (*The therap. Gaz.* 16 décembre 1889).

Clinique chirurgicale.

Abadie : Traitement du décollement de la rétine (*Progrès méd.*, 28 décembre 1889).

Biot : De la compression élastique comme adjuvant dans le traitement des abcès froids (*Lyon Méd.* 8 décembre 1889)

Dubreuil : De l'empyème (*Gaz. méd. des sciences de Montpellier*, 16 nov. 1889).

Labougle : Kyste épidermique de la main droite consécutif à un traumatisme (*Journal de médecine de Bordeaux*, 17 nov. 1889).

Malgat : Observations cliniques sur les granulations conjonctivales (*Recueil d'ophtalmologie*, oct. 1889).

Mc. Keow : Du massage et des irrigations dans l'extraction de la cataracte (*The Lancet*, 16 nov. 1889).

Politzer : Des atrésies du conduit auditif externe (*Annales des mal. de l'oreille et du larynx*, n. 9, 1889).

Sclenkow : De la gastro-entérostomie contre le rétrécissement du pylore (*Saint-Petersburger Medicin. Wochenschrift.* 9 nov. 1889).

Southam : Remarques sur l'œsophagotomie pour l'extraction de corps étrangers (*The Lancet*, 28 décembre 1889.

Tapie : Abcès profonds de la langue (*Revue méd. de Toulouse*, 15 nov. 1889.)

Thérapeutique et matière médicale

Cadéac et Meunier : Contribution à l'étude physiologique de l'essence de muscade (*Province méd.*, 28 déembre 1889).

Hamaker : Notes sur l'antipyrine. (*The Thérap. Gaz.*, 16 décembre 1889).

Hare : De l'action anesthésique locale du strophantus (*The Therap. Gaz* 16 décembre 1889).

Le Directeur-Gérant. Henri Huchard.

Paris. — Imprimerie Décombre, 326, rue de Vaugirard.

Digitized by Google

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE
JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD. — RÉDACTEUR en CHEF : M Charles ÉLOY

COMITÉ de RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ.

AVIS. — *L'administrateur de la Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, a l'honneur de rappeler à nos abonnés, qu'à partir du 31 janvier leur quittance de réabonnement leur sera présentée, augmentée de 0,75 centimes pour frais de recouvrement.

MÉDECINE MILITAIRE

Le nouveau réglement sur le service de santé de l'armée à l'intérieur (1).

Ce nouveau règlement a une histoire ; comme nous disons en clinique, il possède des commémoratifs.

Au point de vue héréditaire, il succède au règlement du 28 décembre 1883 ; il procède, comme celui-ci, de la loi du 16 mars 1882 sur l'administration de l'armée ; enfin et surtout il est le fils direct et légitime de la loi du 1er juillet 1889, portant autonomie complète du service de santé.

On sait qu'avant la guerre le service de santé de l'armée était absolument subordonné au service de l'intendance. Le médecin, quel que fût son grade et sa situation, n'était qu'un agent subalterne entre les mains de l'intendant. Michel Lévy, inspecteur de l'armée d'Orient, pouvait écrire au Ministre ces lignes navrantes : « Si je n'étais pas ici un directeur « purement nominal du service de santé, j'aurais le « droit et l'initiative nécessaires pour prévenir de « pareils dangers (il s'agissait de l'accumulation des « blessés, des scorbutiques et des typhiques dans les « mêmes hôpitaux de Péra), mais j'ai dû me borner « à les notifier à M. l'Intendant qui me répond placi- « dement : je le déplore avec vous, mais le moment « ne me paraît pas encore venu d'y apporter le remè- « de que vous indiquez. » Plus tard le même inspecteur écrit encore : « Je savais que je soulèverais des « susceptibilités, des craintes, peut-être plus encore, « une lutte qui finirait par une victoire ou une dé- « faite..... je me résigne personnellement à la posi- « tion de vaincu. »

Il est bon de rappeler ces paroles de découragement, aujourd'hui que les successeurs de Michel Lévy ont gagné la bataille.

Ne pas profiter de ces enseignements serait un crime de « lèse-humanité », écrivait Scrive. On en a profité, tardivement il est vrai. La loi sur l'administration de l'armée, du 16 mars 1882, donna un com-

(1) C'est à dessein que nous insérons cet article à cette place et sous cette rubrique. La loi de 1889 impose à la plupart des médecins civils des obligations nouvelles. Nous espérons donc leur être utile autant qu'à nos confrères de l'armée active, en publiant de temps en temps des articles de *Médecine militaire pratique* dûs à la plume autorisée de collaborateurs spéciaux. (N. D. R.)

FEUILLETON

Eloge de M. L. Legouest.

Par M. le Dr CHAUVEL.

Professeur à l'Ecole de médecine du Val-de-Grâce

Mercredi dernier, dans sa séance annuelle, la Société de Chirurgie a écouté, avec une sympathique attention, le discours éloquent dans lequel M. le Secrétaire général Chauvel a retracé la biographie de l'un des plus illustres représentants de la chirurgie militaire contemporaine.

Nous sommes heureux d'en publier quelques extraits, et de rendre ainsi hommage à une mémoire respectée.

***

Legouest naquit à Metz le 1er mars 1830. Son grand-père, officier, était originaire de la Bretagne. Son père, militaire, lui aussi, fit comme médecin les dernières campagnes de l'Empire. Licencié lors de la Restauration, il reprenait plus tard du service et devenait, de 1823 jusqu'à 1830, chirurgien-major de la garde royale. A la chute des Bourbons, tourmenté par la santé délicate de sa femme, dont il avait dû se séparer, il abandonna définitivement la carrière militaire. Etabli à Sarrebourg, près de ses beaux-parents, il y exerça la médecine pendant plus de vingt années et put jouir des premiers triomphes de son fils.

C'est à Sarrebourg, près de sa mère souffrante, que M. Legouest passa ses premières années. A onze ans, il entrait au collège de Nancy pour y poursuivre ses études ; mais les vacances le ramenaient chaque été près de sa famille, et dans ces campagnes lorraines, où régnaient vivaces les souvenirs de l'invasion et de ses hontes, il puisait, avec l'amour de la patrie, le désir de prendre dans l'armée la place que son père y avait laissée vacante.

Un homme des plus remarquables, un chirurgien éminent, Bégin, dirigeait alors l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, en même temps qu'il professait à la Faculté de médecine. M. Legouest père l'avait rencontré sur les champs de bataille de l'Empire, ils s'étaient unis d'amitié, c'est à lui qu'il confia son fils. « Allons, dit Bégin, en recevant le nouveau disciple, nous tâcherons de faire quelque chose de ce grand garçon-là. » Le grand garçon se montra digne, par son travail, de la bienveillance du collaborateur de Samson et de Dupuytren.

Elève le 11 janvier 1839, il est nommé sous-aide major vers la fin de l'année, et s'embarque en décembre pour rejoindre les ambulances de l'Algérie. Deux ans plus tard, rentré en France, il gagne le grade de chirurgien aide-major commissionné, mais n'en reçoit le brevet qu'en 1845, lorsqu'une excellente thèse sur la *Pneumonie traumatique* l'a fait docteur en médecine de la Faculté de Paris. Avec son brevet lui arrive une nomination nouvelle aux hôpitaux de la province d'Alger.

Digitized by Google

mencement de satisfaction à ces doléances. Elle coupait d'une main timide les attaches séculaires qui unissaient le corps de santé à l'intendance ; mais, effrayée de son audace et craignant sans doute que la médecine militaire ne pût tirer de son fond une sève assez forte, elle lui laissait comme un cordon ombilical pour la rattacher à sa mère nourrice. L'intendance pesait encore sur la médecine d'un triple joug : 1° ordonnancement des dépenses du service de santé et vérification de la gestion en deniers et en matières des pharmaciens et officiers d'administration ; 2° fourniture du matériel et des approvisionnements nécessaires aux hôpitaux et aux ambulances ; 3° commandement des sections d'infirmiers.

Il paraît que les médecins militaires ont été bien sages, et qu'ils n'ont pas eu d'indigestion avec la première moitié du gâteau, car la loi du 1er juillet 1889 vient de lui en octroyer l'autre moitié. Après tant de luttes, la tutelle de l'intendance est enfin secouée, et l'émancipation définitivement prononcée.

Dès lors, le réglement en vigueur, basé sur la loi de 1882, n'était plus en harmonie avec les principes posés par la loi du 1er juillet 1889, et il était nécessaire de le remanier : c'est ce qui explique l'apparition du nouveau réglement du 25 novembre 1889.

Ce réglement est divisé en trois parties : 1° Texte du Réglement ; 2° Notices et tableaux ; 3° Modèles. Le tout forme un ensemble de 1010 pages d'impression. Ce tome, un peu lourd, va faire frémir les étudiants de 4me année qui doivent passer un examen d'aptitude pour l'emploi de médecin auxiliaire, et qui sont interrogés précisément sur ce service de santé à l'intérieur. Ils se rassureront en apprenant que le Réglement en lui-même n'a que 191 pages et que le reste se compose de matières accessoires, développement du texte.

Bien que réduit à ces proportions, le réglement me semble encore un peu trop long. Un réglement ne doit poser que des principes, il ne doit pas entrer dans les détails. Je voudrais une espèce de code, de catéchisme facile à retenir, pouvant même s'apprendre par cœur, n'indiquant que les grandes lignes du service, les idées générales, les règles invariables. Quant aux détails d'exécution, ils seraient avantageusement développés sans les notices analogues à celles qui font l'objet de la 2e partie du volume, notices qu'on pourrait modifier selon les circonstances, tandis que le réglement lui-même resterait immuable.

Ainsi quand je lis : — Les entrants à l'infirmerie sont conduits par le caporal de semaine ; — Le sous-officier d'infirmerie reçoit le malade entrant, lui fait prendre un bain de pied, et le conduit au lit qui lui est destiné après lui avoir remis un pantalon, une capote et une paire de pantoufles ; — Il procure à ceux qui sont obligés de garder le lit les moyens de procéder à des ablutions journalières ; — Les malades se servent des serviettes qui leur appartiennent ; — Le magasin doit être assez grand pour recevoir une partie du matériel de l'infirmerie ; on y place des étagères le long des murs ; il doit être exempt d'humidité ; — Les latrines doivent être d'un accès facile, etc., etc. ; — je me demande si ce luxe de détails est bien à sa place dans un règlement, et s'il ne figurerait pas plus avantageusement dans une instruction spéciale, aussi méticuleuse qu'on voudra, sur l'exécution du service dans les infirmeries régimentaires. Car, en somme,

---

La colonie africaine, la terre au ciel pur et au soleil brûlant, n'était pas alors le pays superbe et tranquille qui donne asile chaque hiver à nos malades chassés par les frimas. L'existence du soldat, comme celle du médecin militaire, son compagnon de tous les instants, se passait en alertes, en prises d'armes, en expéditions sans cesse renouvelées. Vaincu, refoulé, épuisé, mais toujours redoutable, Abd-el-Kader, l'Emir, le Prophète, signalait son existence par ces apparitions soudaines, ces attaques imprévues, ces razzias foudroyantes, qui jetaient la terreur dans les tribus à peine soumises et maintenaient en un perpétuel qui-vive nos troupes harassées et nos généraux désorientés.

Pendant trois années encore, de 1845 à 1848, M. Legouest, déjà familiarisé par deux campagnes de guerre, participa à cette vie mouvementée, à ces luttes qui, pour les chirurgiens eux-mêmes, n'étaient pas toujours sans danger. S'il n'y rédigea ni observations ni mémoires, il y acquit l'expérience, l'habitude de l'action et du commandement, l'esprit d'initiative et de décision, la connaissance des difficultés de la chirurgie de bataille.

A son retour en France, le jeune aide-major passa dans le service régimentaire. A cette époque, le corps de santé de l'armée comprenait trois classes distinctes : médecins, chirurgiens, pharmaciens. Dans les corps de troupe, on était forcément chirurgien, soit aide-major, soit major. Uniquement attachés, au contraire, aux hôpitaux et aux ambulances, les médecins gardaient précieusement un dernier reflet de leur prééminence de jadis ; on n'entrait dans leurs rangs que par concours. M. Legouest se présenta ; il fut nommé médecin adjoint le 4 janvier 1851 et placé à l'hôpital militaire de Lyon. Le décret de 1852, qui supprimait toute distinction entre les médecins et les chirurgiens de l'armée, préparant ainsi la fusion des idées et l'unité des aspirations vers une indépendance depuis longtemps convoitée, ramena notre jeune médecin adjoint au grade d'aide-major de première classe et le rendit à la chirurgie.

Au contact des maîtres de Lyon, il s'était remis au travail. Un concours s'ouvrait à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce, tout nouvellement créée, pour une place d'agrégé de chirurgie ; il s'y présenta résolument (janvier 1853). La lutte fut vive. Tharsile Valette, alors médecin-major, jadis professeur d'anatomie dans un hôpital d'instruction, et connu par un travail remarquable sur la ligature de l'artère occipitale, était le candidat désigné par l'opinion. Il échoua cependant, et Legouest fut nommé, surtout, m'a-t-on dit, en raison de la netteté et de la précision de ses idées, de sa clarté d'exposition, de la sûreté de son jugement. La récompense ne se fit pas attendre : le 11 juin 1858, il était promu médecin-major de seconde classe.

En 1854, nos troupes se battaient et mouraient en Crimée, les hôpitaux de Constantinople, encombrés, manquaient de chi-

Digitized by Google

si le règlement parle de bains de pied et des pantoufles, pourquoi ne parle-t-il pas des crachoirs, des pansements, des tisanes, du couchage et autres détails ayant au moins autant d'importance ?

Puisque nous en sommes aux infirmeries, donnons une bonne note au règlement qui leur accorde enfin un *sous-officier* chargé des détails, au lieu du caporal dont l'autorité était si précaire, surtout vis-à-vis des autres caporaux et des sous-officiers en traitement.

Mais à l'article : *mobilier des infirmeries*, à la place des cinq malheureuses lignes si concises qui le composent, combien j'aurais désiré voir quelques alinéas dans ce style : Tout homme malade à l'infirmerie sera couché dans un lit d'hôpital. — Chacun de ces lits sera muni d'un sommier, modèle des hôpitaux. — Chaque malade à l'infirmerie aura une table de nuit, renfermant un vase. — Chaque malade aura une chaise, etc., etc. ! Je sais bien qu'il s'agissait là de nouvelles dépenses, et qu'il n'appartenait pas aux auteurs du règlement de les engager ; mais il n'en est pas moins vrai que le confortable de certaines infirmeries laisse tout à désirer, et que c'est là une des réformes qui doit tenir le plus à cœur au service de santé pour inaugurer son nouveau fonctionnement.

Il n'est pas possible d'analyser les 573 articles dont se compose le règlement : ce qu'il importe de faire ressortir, ce sont les innovations, et surtout la manière dont on a appliqué les prescriptions de la loi du 1er juillet. Trois points principaux sont à retenir :

1° *Ordonnancement des dépenses.* — Le directeur du service de santé ordonnance toutes les dépenses. Il vérifie, arrête et transmet au ministre les comptabilités de pharmacie et les comptes en deniers et matières (Art. 29). — Les vérifications de caisse sont faites par le médecin-chef. De même pour le recensement du matériel et la vérification des écritures (Art. 517, 518, 519).

2° *Commandement des sections d'infirmiers.* — Les officiers d'administration sont employés dans les hôpitaux sur la proposition du directeur du service de santé. Leurs dossiers sont conservés par le directeur ou par le médecin-chef (Art. 15). — Le directeur propose les mutations des infirmiers employés dans les hôpitaux (Art. 16). — L'officier d'administration commandant la section d'infirmiers relève du médecin chef de l'hôpital (Art. 162). — L'avancement est conféré aux infirmiers par le directeur du service de santé (Art. 163). — Les revues d'effectif à l'hôpital sont passées par le commandant d'armes, et non plus par le sous-intendant (Art. 515).

3° *Fourniture du matériel et des approvisionnements.* — Les magasins d'approvisionnement du service de santé sont placés sous la direction des directeurs médicaux (Art. 558). — L'officier gestionnaire d'un magasin est sous l'autorité du directeur (Art. 559). — Les pharmacies régionales sont également sous l'autorité du directeur (Art. 570).

Chemin faisant, je rencontre quelques nouveautés de détail. J'ai déjà signalé l'excellente mesure qui consiste à placer un sous-officier comme surveillant de l'infirmerie. — Pour les malades soumis au régime spécial à l'infirmerie, des difficultés s'étaient élevées dans certains corps à propos du pain : l'art. 83 porte que le pain et les autres prestations en nature sont remplacés par une indemnité représentative dont le taux est fixé par le ministre. L'argent du chauffage entre aussi dans la masse de l'infirmerie. — Deux registres de l'infirmerie sont supprimés : celui des

---

rurgiens habiles aussi bien que de médecins. L'École du Val-de-Grâce leur fournit une partie de son personnel ; comme chirurgiens : Lustremann, Mounier, professeurs ; Legouest, professeur agrégé. Sa conduite y fut particulièrement remarquée, et sa nomination de chevalier de la Légion d'honneur, était accompagnée de cette citation élogieuse du général en chef : « Pour avoir accompli avec un zèle et un dévouement au-dessus de tout éloge sa tâche pénible et difficile dans les hôpitaux de Constantinople. » Rentré au Val-de-Grâce, après Sédillot, Marchal de Calvi, Michel Lévy, après notre vénéré maître, le baron H. Larrey, il voulut conquérir le titre si justement considéré d'agrégé de la Faculté de Paris.

C'était en 1857, les concurrents étaient nombreux, douze furent admis aux épreuves définitives. J'y vois Bauchet, Foucher, Béraud frappés par la mort avant l'âge, Ollier le chirurgien éminent qui compte parmi nos honoraires, le professeur Trélat dont la parole élégante et sûre sait si bien préciser les termes d'un problème chirurgical et en fournir la solution exacte. Malgré de bonnes épreuves et une thèse remarquable, Legouest ne fut pas nommé. De luttes aussi difficiles, on peut sortir vaincu, on ne sort jamais diminué ; le jeune médecin-major en eut bientôt la preuve.

Quand un des vénérés doyens de la médecine militaire, le Maître affable qui présidait naguère le quatrième Congrès français de chirurgie, quitta sa chaire du Val-de-Grâce pour les hautes fonctions d'Inspecteur du service de santé de l'armée, son agrégé en fonctions, M. Legouest, fut appelé à le remplacer. Assuré désormais de la stablilité, il put se livrer complètement à l'enseignement et à ses recherches scientifiques. Si la guerre d'Italie vint l'enlever à son école, ce ne fut qu'une bien courte absence. Nommé médecin en chef du 5e corps d'armée le 20 avril 1859, il rentrait à Paris dès la fin de septembre n'ayant pu prendre qu'une part bien minime à la chirurgie active.

Pendant douze années, médecin-major et plus tard principal, M. Legouest remplit avec une conscience, avec une exactitude remarquables ses fonctions de professeur. C'est pendant cette période de sa vie (1855-1870) que par ses nombreux et remarquables travaux, il vit s'ouvrir devant lui les portes de toutes les compagnies savantes. Membre correspondant de la Société de chirurgie en 1855, membre titulaire en 1858, il en devint bientôt le secrétaire annuel (1860) et quelques années après le secrétaire général. En 1867, il entrait à l'Académie dans la section de médecine opératoire, compétiteur heureux de chirurgiens qui se nommaient Chassaignac, Verneuil, A. Guérin, Demarquay, Giraldès. Être préféré à de tels hommes, n'était-ce pas le droit d'être fier ?

Agrégé du Val-de-Grâce, il a compris qu'il devait soutenir la

Digitized by Google

convalescents et le livre-journal de la bibliothèque ; il en reste encore onze, ce qui paraît amplement suffisant. — Le registre des médicaments est présenté à la vérification du major, et non plus à celle du sous-intendant.

Un chapitre entièrement nouveau (Art. 9[illegible]-105), est consacré aux *Infirmeries-hôpitaux*. Ce sont des formations destinées aux villes de garnison dépourvues de ressources hospitalières. Il est probable qu'en France ces infirmeries-hôpitaux ne seront pas nombreuses, à moins qu'elles ne soient installées dans des forts ou dans des camps en plein air. Mais en Algérie et aux colonies elles rendront les plus grands services. Ceux qui les ont vues à l'œuvre au Tonkin sont unanimes à en faire l'éloge (1).

Signalons encore quelques changements d'étiquettes. L'appellation de *comptable* est remplacée partout par celle *d'officier d'administration gestionnaire*. *La surveillance administrative* s'appelle maintenant *surveillance du service*.

La seconde partie du réglement comprend des *Tableaux* et *notices*, au nombre de 29. J'y trouve, comme renseignements nouveaux et intéressants : une notice sur les désinfections ; — une instruction pour le blanchissage du linge ; — une notice sur l'instruction des infirmiers de visite ; — enfin, un nouveau tarif alimentaire des hôpitaux. Ce tarif, à l'instar des hôpitaux de Paris, est divisé en grand régime, petit régime et régime des diètes, chacun d'eux comprenant trois ou quatre degrés. Il n'a encore été mis à l'essai que dans un petit nombre d'hôpitaux ; il est nécessaire de le voir fonctionner pour le juger.

Le règlement se termine par une collection de 151 *modèles* de pièces, d'états, de rapports relatifs au service. L'ancien réglement en comprenait 156. En apparence il y a donc diminution, mais si l'on songe que, dans ce recueil considérable de modèles, ne sont pas compris ceux de la statistique, ceux du service en campagne, etc. ; on aura une idée de la paperasserie excessive imposée à nos confrères de l'armée.

X...

(1) Ségelle. Les infirmeries-ambulances au Tonkin. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.* 1887).

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

MÉDECINE

Caractères communs et particuliers de 450 cas de grippe épidémique

par M. le Dr A. BLOCH

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Ex-médecin de l'hôpital du Havre

Quel nom donner à l'épidémie qui a éclaté à Paris au mois de novembre dernier ?

L'hésitation n'est pas permise ; il s'agit bien de la grippe et non de la dengue modifiée.

D'abord, dès les premiers moments, l'épidémie s'est bien déclarée comme grippe ; ensuite, parmi les symptômes que l'on attribue à la fièvre dengue, on ne signale pas les manifestations thoraciques qui, généralement dans la grippe, jouent un rôle si important.

Puis, voilà que la fièvre dengue, après avoir sévi pendant tout l'été à Salonique, est maintenant remplacée dans cette ville par la grippe épidémique qui paraît en différer notablement.

Je viens donc résumer, aussi brièvement que possible, les remarques que j'ai faites sur 450 cas de grippe épidémique.

---

réputation naissante de l'Ecole d'application, dont l'enseignement supérieur et complémentaire exige des connaissances spéciales. A point, la guerre d'Orient vient apporter au jeune chirurgien des matériaux de haute valeur. C'est à la pratique des hôpitaux du Bosphore que nous devons : la désarticulation coxo-fémorale au point de vue de la chirurgie d'armée, les mémoires sur les congélations observées pendant l'hiver de 1854-1855 et sur les amputations partielles du pied et de la partie inférieure de la jambe. Plaidoyer contre l'amputation primitive de la hanche, description de l'engelure chronique, appréciation motivée de la valeur des sections longitudinales et transversales de l'extrémité du membre inférieur, étude de ces opérations et de leurs conséquences éloignées ; ces productions scientifiques, premières en date, portent le cachet que conserveront toutes les œuvres de notre éminent collègue : la précision, la clarté, le bon sens, unies à un grand souci de la forme.

Outre sa thèse d'agrégation en chirurgie : Des kystes synoviaux de la main et du poignet (1857), nous signalerons : Une note sur le traitement des uréthrites par les injections de chlorure de zinc (1857) ; une observation de fracture indirecte et isolée de la dernière fausse côte (1859) ; des mémoires : sur les fractures du calcaneum par écrasement, sur la rupture du muscle droit antérieur de l'abdomen (1860), et une Lettre à l'Académie de médecine sur l'ostéo-myélite des amputés, en réponse aux doctrines trop exclusives soutenues par Jules Roux dans une monographie de tout point remarquable.

Mais de 1855 à 1870, pendant plus de quinze années, c'est dans la Société de chirurgie que M. Legouest montre toute sa puissance de travail. Pas de volume de ses Bulletins qui ne contienne un nombre considérable de ses communications, pas de discussion intéressante à laquelle il n'ait pris part. Citer tous ses travaux me serait impossible, pardonnez-moi d'y avoir fait un choix. Il expose en 1857 ses idées sur les amputations pour congélations, le traitement par la méthode ancienne des petits anévrysmes traumatiques. Dans l'année 1858, je note : des remarques sur l'impureté du chloroforme et la difficulté de le doser, sur l'insuffisance de la voie artificielle créée par les procédés de Manne-Nélaton pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens. 1859 nous vaut des communications sur le mouvement des balles cylindro-coniques, l'expulsion spontanée d'un corps étranger de l'œsophage, l'extraction et l'abandon dans le tissu cellulaire des arthrophytes du genou.

Plus riche encore est l'année de 1860 ; j'y relève des communications : sur les polypes naso-pharyngiens et les difficultés opératoires qui résultent de leur variété d'implantation, sur le diagnostic de la hernie du poumon, sur la conservation dans les fractures de la cuisse par coup de feu, sur les amputations sous-astragalienne et médio-tarsienne que notre collègue ac-

Digitized by Google

Je commencerai par dire que la plupart des cas que j'ai observés peuvent se rapporter à une seule et unique forme, qui est la forme *fébrile*, du moins pour la première période de la maladie.

En effet, la fièvre est le symptôme primordial qui s'est présenté chez presque tous nos malades, et qui les forçait de s'aliter.

Il y en a bien qui ne sont pas restés un seul jour chez eux et qui ont continué de vaquer à leurs occupations; ils venaient à la consultation, se plaignant seulement de mal de tête, de courbature et d'inappétence, mais chez ces malades la fièvre a pu être légère et de très courte durée.

L'intensité de cette fièvre est, d'ailleurs, variable suivant les individus, et dans un cas j'ai pu constater une température de 40°, 5. La fièvre commençait le plus souvent dans la soirée, et durait ordinairement deux nuits et deux jours, mais dans trois cas j'ai encore pu constater une élévation de température au septième jour. D'autre part, il y avait des cas où le mouvement fébrile était déjà terminé au bout de 12 à 24 heures. La fièvre est précédée ou accompagnée de frissons qui peuvent, quelquefois, être aussi intenses et aussi prolongés que ceux d'une vraie fièvre intermittente. La sensation de froid a été un malaise commun à tous nos malades, et souvent elle se continuait pendant plusieurs jours. En même temps que la fièvre, on remarquait d'autres symptômes qui ne manquent presque jamais : le mal de tête, le mal de reins (rachialgie), des douleurs vagues dans les membres inférieurs, parfois localisées dans les genoux, de la faiblesse des jambes de l'abattement et quelquefois de la somnolence. La langue est blanche et le voile du palais d'un rouge piqueté, au niveau des piliers, la soif vive, et l'anorexie absolue ; l'urine a tous les caractères de l'urine fébrile ; généralement, les selles sont rares, mais chez quelques malades il y a particulièrement de la diarrhée.

La cessation de la fièvre s'annonce non seulement par la chute de la température, mais encore par un ralentissement particulier du pouls qui, chez certains malades, ne marquait que 60 pulsations par minute. Souvent il s'y ajoute une transpiration cutanée plus ou moins abondante.

Dans un assez grand nombre de cas, la guérison a lieu de suite après la période fébrile ; l'appétit et les forces reviennent vite, et il ne reste qu'un peu de rhume qui, chez les uns, ne dure que quelques jours, et qui chez les autres se prolonge pendant une quinzaine de jours. Il y en a même qui ne toussent pas du tout et qui cependant ont eu deux jours de fièvre avec les symptômes concomitants. C'est la grippe fruste, c'est-à-dire sans catarrhe bronchique, comme il y a des fièvres éruptives sans éruption, lorsqu'elles règnent à l'état épidémique.

Mais dans beaucoup de cas, tout n'est pas fini, malgré la cessation de la fièvre.

Le mal de tête continue pendant un laps de temps plus ou moins long, la faiblesse augmente, des transpirations abondantes surviennent, des râles sibilants, ronflants et humides apparaissent dans la poitrine et avec eux, une toux souvent opiniâtre ; la langue reste chargée d'un enduit blanchâtre qui la recouvre entièrement, et l'anorexie persiste.

Je signalerai encore un symptôme qui se manifeste souvent dans cette période ; ce sont des saignements de nez et même des hémoptysies.

Il y a donc deux périodes bien distinctes : 1° la période fébrile, 2° la période apyrétique qui suit immédiatement et qui est féconde en accidents de toutes sortes. Revenons sur les principales manifestations de cette période. Le mal de tête est souvent beaucoup plus violent après la cessation de la fièvre. Il est tenace et peut quelquefois se prolonger pendant huit à quinze jours ; il y a même des malades qui n'ont jamais connu le mal de tête et qui l'ont éprouvé pour la première fois, à l'occasion de cette épidémie. Beaucoup se plaignent d'une douleur persistante au niveau des paupières et dans le globe oculaire.

D'autres fois, la douleur de tête est due, non à une céphalalgie proprement dite, mais à une névralgie du nerf frontal. L'oreille moyenne peut aussi être le siège d'une hyperesthésie extrême. Elle peut s'enflammer et suppurer

---

cuse de donner de fort médiocres résultats. Dans les Bulletins de 1861 : des cas intéressants d'ulcération de l'artère vertébrale dans son trajet rachidien et de torticolis spasmodique, de judicieuses remarques sur les causes de la gangrène des moignons, sur la fréquence des hémorrhagies dans la palatoplastie, les moyens d'y remédier et de les éviter.

1862 nous donne : des causes de l'insuccès de la rhinoplastie dans les pertes totales du nez, de la résection du poignet, et de l'ablation isolée de la malléole externe. Féconde est l'année 1863. C'est d'abord l'utilité de la prothèse pour prévenir la déformation de la voûte palatine et la déviation des dents après l'ablation du maxillaire inférieur ou de son corps ; des doutes sur la possibilité de conserver le périoste dans les fractures par coups de feu, des remarques sur l'emploi de l'écraseur linéaire pour l'amputation de la partie antérieure de la langue.

Secrétaire général de cette société en 1864, M. Legouest se trouve contraint par ses fonctions à prendre aux discussions une part un peu plus restreinte. Il étudie cependant la possibilité de substituer la résection du genou à l'amputation de la cuisse dans la chirurgie d'armée, et dans le long débat sur l'hygiène hospitalière, s'appuyant sur les résultats obtenus dans les établissements militaires de Paris et de Vincennes, il montre l'utilité de placer les hôpitaux hors des villes, de les composer de pavillons isolés par de vastes jardins, d'y ménager des salles de rechange, et d'en restreindre les proportions en diminuant le nombre des lits.

Il revient en 1865, sur la gravité des plaies pénétrantes du genou par projectiles de guerre, sur la nécessité de recourir à la résection de l'article ou à l'amputation de la cuisse dans l'immense majorité des cas. C'est à l'occasion d'un jeune enfant de troupe opéré d'un polype naso-pharyngien, que notre maître imagine une pince à écrou, très forte, pour écraser le pédicule de ces tumeurs en évitant l'hémorrhagie, et émet l'avis de maintenir ouverte la voie artificielle créée pour l'extirpation de l'excroissance, jusqu'au moment où, par les progrès de l'âge, la néoplasie aura définitivement perdu sa puissance de végétation et de reproduction. Ce fait d'observation n'avait pas été signalé. La clinique en a depuis lors confirmé l'exactitude et montré la justesse des vues de l'honorable professeur.

Toujours hardi dans ses doctrines, il soutient l'utilité des incisions dans les anthrax du diabète (1866), et résume sa pensée sur la trépanation (1867) par cette phrase caractéristique :

« Il y a très probablement indication de trépaner toutes les fois qu'on doute s'il y a lieu de le faire. » Les praticiens, encore sous l'impression des anathèmes de Desault, de Malgaigne, hésitaient à entreprendre cette opération, dont l'insuccès fréquent, les suites immédiates souvent funestes, pouvaient compromettre la chirurgie. « Les chirurgiens ne sont compro-

Digitized by Google

ainsi que je l'ai observé dans deux cas. La rachialgie et les douleurs de jambes sont moins opiniâtres que la céphalalgie ; mais la faiblesse persiste souvent dans cette deuxième période ; des jeunes gens de 20 à 25 ans, qui ont toujours joui d'une excellente santé, ne peuvent marcher sans se fatiguer, et cependant ils n'ont eu qu'un jour de fièvre. La langue reste longtemps recouverte de son enduit blanchâtre et au bout de trois semaines, elle est encore dans le même état, malgré l'emploi répété des purgatifs.

Pendant ce temps, l'inappétence continue, et quand l'appétit est revenu, les malades se plaignent de ne pas sentir le goût des aliments.

L'intensité de la toux est très variable suivant les cas. Il y a des malades qui ont une toux très-insignifiante, pendant que d'autres ont des accès extrêmement pénibles, et de fortes quintes presque continuelles et qui sont interminables. Le mal de tête s'en ressent davantage et les parois de la cage thoracique deviennent d'une sensibilité extraordinaire, d'autant plus que l'expectoration est nulle et que le patient se livre à des efforts exagérés pour tâcher d'expectorer. La dyspnée et les névralgies intercostales sont des symptômes qui peuvent aussi se présenter à ce moment.

Chez les uns, les phénomènes stéthoscopiques ne sont pas en rapport avec l'intensité de la toux ni avec la dyspnée, ainsi qu'on l'avait déjà remarqué dans les épidémies antérieures ; chez d'autres, l'on perçoit par l'auscultation des râles sibilants et ronflants, des deux côtés de la poitrine, ainsi que des râles humides, irrégulièrement distribués dans les deux poumons ; car souvent ils n'occupent qu'une partie du parenchyme pulmonaire, et d'un seul côté seulement.

Le caractère particulier de ces bronchites est l'absence presque complète de sécrétion bronchique pendant une période très-longue, et, quand il se forme quelques crachats, ceux-ci sont blancs et mousseux, et expectorés avec peine. Dans quelques cas, cependant, la sécrétion bronchique est très-abondante vers la fin, et se compose de crachats épais et verdâtres.

On peut encore observer de la laryngite, caractérisée par de l'enrouement. Quant au coryza qui accompagne ordinairement toutes les épidémies de grippe, il a souvent fait défaut chez nos malades.

Les saignements de nez sont plus ou moins abondants et plus ou moins persistants suivant les sujets. Chez une enfant de 4 ans, ils durèrent plusieurs jours de suite et furent assez violents pour donner de l'inquiétude. Chez un autre malade, âgé de 20 ans, l'hémorrhagie nasale apparut chaque jour, pendant plus d'un mois.

J'ai aussi observé un cas d'hémoptysie chez une jeune fille de 24 ans qui, sans même avoir été atteinte de catarrhe après la fièvre, eut des crachements de sang à trois reprises différentes. Elle n'avait pas eu d'épistaxis et elle était ordinairement d'une très bonne santé.

Quelle est la valeur pathologique de ces hémorrhagies ? Semblables à celles de la fièvre typhoïde et aux formes graves des fièvres éruptives, elles démontrent, aussi bien que l'augmentation de volume de la rate, que la grippe épidémique est bien une maladie infectieuse.

Quant aux éruptions cutanées, elles furent extrêmement rares, et deux fois seulement, j'ai vu une éruption miliaire apparaître en même temps que les symptômes précédemment énumérés. *A suivre.*

REVUE DE MÉDECINE

I. Séméiologie du second bruit du cœur. — II. Le rétrécissement tricuspidien.

I. Séméiologie du second bruit du cœur. — Le temps n'est plus où la pathologie du cœur se résumait presque toute entière dans la constatation des bruit du souffle. Sans nul doute, les admirables principes posés par Laënnec et par Bouillaud n'on rien perdu de leur valeur et de leur précision. Mais une observation attentive a révélé qu'en dehors des souffles existaient certaines modifications des bruits du cœur, dont on pouvait tirer partie pour le pronostic et le diagnostic des cardiopathies.

A ce point de vue, du reste, les deux bruits sont bien différents. Le premier bruit, bruit systolique, bruit intrinsèque (Stockes), intimement lié à la contraction des pi-

---

mis, répond M. Legouest, qu'autant qu'ils n'ont pas fait tout ce qu'il est possible de faire pour arracher leurs malades à la mort »

Président en 1868, il avait, par la perte inattendue de Follin, dirigé pendant l'année précédente les débats de la Société. Dans ces fonctions, il fait preuve d'un tact, d'une impartialité, d'une courtoisie que d'autres ont pu posséder à un égal degré, mais qu'ils n'ont pas dépassé. Du reste, à peine descendu du fauteuil présidentiel, il reprend ses intéressantes communications : l'anévrysme poplité, les polypes fibro-muqueux de l'apophyse basilaire, le traitement par la conservation des fractures compliquées de l'extrémité inférieure de la jambe, les avantages de la taille hypogastrique pour les volumineux calculs de la vessie, l'utilité de l'extirpation des ganglions cervicaux hypertrophiés, les exostoses orbitaires, en constituent les principaux sujets.

La maladie d'abord, la guerre étrangère et la guerre civile, des occupations militaires de plus en plus absorbantes, une autre direction d'esprit, conséquence de son éloignement forcé de la pratique chirurgicale, conduisirent notre regretté collègue à demander l'honorariat, qu'il obtint le 6 mars 1872. Nous eûmes alors le regret de ne plus le voir qu'en de très rares occasions.

Une œuvre à laquelle beaucoup d'entre nous ont apporté leur concours, le *Dictionnaire encyclopédique de Dechambre* compta M. Legouest parmi ses premiers collaborateurs. Des nombreux articles qu'il y publia, je ne citerai que : Amputation, Artères, Brulures, Cicatrice, Cœur, Crane, Rachis, monographies complètes aussi bien que concises. Dans les *Mémoire, de l'Académie de médecine* (1865, t. XXVII), sont insérés : une observation d'exostose épiphysaire volumineuse de la fosse nasale extraite par la résection temporaire d'une partie du maxillaire supérieur ; un cas d'anévrysme traumatique de l'artère ophthalmique gauche, guéri par la ligature du tronc carotidien et de la carotide externe après insuccès de la compression digitale. Un mémoire sur la rupture spontanée des veines (*Archiv. de méd.*, 1867) renferme également des faits peu connus et d'une interprétation délicate.

Quelques accidents, des expériences faites à Strasbourg par le regretté Sarazin, avaient conduit à attribuer à la balle du fusil chassepot, dont nos troupes venaient d'être armées, une action des plus redoutables. M. Legouest cherche à réduire ces craintes à leur juste valeur, et tenant compte de la force vive du projectile, il établit que ses blessures, plus graves à courte distance et dans les fracas osseux, seront au contraire moins dangereuses à la portée moyenne des batailles.

(*A suivre*)

Digitized by Google

liers ventriculaires, présente à chaque instant des variations en rapport avec l'énergie du cœur, qui se modifie elle-même d'un moment à l'autre, aussi bien chez l'individu sain que chez le malade.

Aussi en dehors du *bruit de galop*, si magistralement étudié par M. Potain, le premier bruit ne fournit aux cliniciens que des données insuffisantes et peu certaines. Il n'en est pas de même du second bruit, bruit diastolique, bruit extrinsèque (Stockes) dû au claquement des valvules sygmoïdes refoulées par la tension sanguine : les lésions des parois artérielles et des valvules, les variations de la tension du sang dans les vaisseaux, les altérations physico-chimiques du sang, sont autant de causes qui interviendront pour le modifier. Ces modifications du second bruit, qui ont été synthétiquement étudiées par MM. Bucquoy et Marfan (*Revue de Médecine*, 1888) peuvent être classées de la façon suivante :

Modifications d'intensité	Affaiblissement
	Exagération
Modifications de timbre	Eclat tympanique
Modifications de rythme	Dédoublement

Le dédoublement, aujourd'hui bien connu, et décrit dans tous les auteurs classiques, peut être laissé de côté; il suffira ici d'esquisser rapidement les changements qui peuvent porter sur l'intensité et le timbre du deuxième bruit du cœur.

L'intensité du bruit diastolique peut être modifié en plus ou en moins, c'est à dire que ce bruit peut être affaibli ou exagéré. En dehors des cas la perception des bruits du cœur est obnubilée par un obstacle, tel qu'un épanchement péricardique.

Deux états peuvent être pris comme types pour l'observation de ce phénomène : d'une part l'asystolie, d'autre part la fièvre typhoïde. *Dans l'asystolie*, les diverses modalités par lesquelles passent les bruits du cœur avaient permis à M. Rigal d'établir quatre phases, qu'on peut plus simplement, avec M. Bucquoy, ramener à deux. La première phase est caractérisée par l'affaiblissement du premier bruit, tandis que le second reste net. Dans la deuxième phase, les deux bruits ne forment plus qu'un murmure sourd et indistinct, qui tend à disparaître peu à peu. Tant que le second bruit conserve son intensité normale, il ne faut pas désespérer du myocarde, qui n'est pas définitivement épuisé et peut se relever sous l'influence de la digitale. Il n'en est plus de même lorsque le bruit s'efface, et sa disparition précède de peu la mort; c'est un des « *signa prœnuntia mortis* ».

Dans la fièvre typhoïde, lorsque le cœur est touché, le myocardite se traduit par un rythme spécial des battements du cœur, qui reproduisent, comme chez fœtus, le tic-tac d'une montre : c'est cet état qui a été décrit sous le nom de *caractère fœtal* (Stockes) ou *d'embryocardie* (H. Huchard) (1). On connait maintenant la gravité de ce signe, et il n'est point nécessaire d'attendre que le second ait disparu plus ou moins complètement pour affirmer la sévérité du pronostic. Ainsi, affaiblissement du second bruit et affaiblissement du myocarde sous deux termes absolument corrélatifs, et le pronostic peut tirer profit de la connaissance de ce fait.

Le second bruit peut être au contraire exagéré sans changer de timbre, il devient plus sec, plus retentissant. Ce « retentissement diastolique » s'observe dans un certain nombre d'états qui ont un caractère commun, l'apyrexie : il est incompatible avec la fièvre, qui le fait disparaître quand il existe.

La signification varie suivant qu'on l'entend dans l'aire des bruits pulmonaires, dans l'aire des bruits aortiques ou qu'il est généralisé à la base du cœur. Limité au foyer des bruits pulmonaires, c'est-à-dire dans le deuxième espace intercostal gauche, près du sternum, il indique un élévation de la tension sanguine dans la petite circulation. Cet état est généralement sous la dépendance des affections mitrales, surtout du rétrécissement. En même temps que la pression pulmonaire s'élève, la pression aortique diminue : de là l'affaiblissement du second bruit dans la zône aortique ; de là, surtout le dédoublement de ce bruit, phénomène important, dû à ce que le claquement valvulaire des deux orifices artériels de la base du cœur n'est plus simultané. Ce même retentissement s'observe encore dans les troubles cardiaques consécutifs aux affections gastro-hépatiques, sur lesquels M. Potain a récemment appelé l'attention.

Lorsque l'exagération du second bruit s'entend surtout au foyer aortique, c'est-à-dire à la partie interne du deuxième espace intercostal droit, il révèle une élévation de la tension artérielle dans le système de la grande circulation, et représente alors un des signes de l'artério-sclérose, avec ou sans localisation rénale. On sait que, pour M. Huchard, ce signe s'observe avant tout autre manifestation, dans le *stade pré-artériel* de la maladie, dont il devient l'indice le plus précoce. Enfin le retentissement diastolique peut se généraliser à toute la région de la base. Il s'agit parfois alors d'états complexes, dans lesquels il y a élévation simultanée de la pression artérielle dans le système aortique (artério-sclérose) et dans le système pulmonaire (lésion mitrale, congestion pulmonaire). Mais ce sont les cas les plus rares. Le plus souvent l'exagération du second bruit, étendue à toute la base, ressortit des dyscrasies diverses, reliées par un facteur commun, l'anémie; elle s'explique alors non plus par l'hypertension artérielle, mais par des modifications physico-chimiques du fluide sanguin, qui le rendent meilleur conducteur des ondes sonores.

C'est ainsi que l'on constate le retentissement diastolique généralisé dans la chlorose, dans la convalescence des maladies aiguës, surtout du rhumatisme, dans l'anémie consécutive aux pertes de sang, dans la leucocythémie, etc. Il peut alors être associé à des souffles sur la signification desquels il est inutile d'insister.

Pour compléter cette étude du second bruit exagéré, il convient de signaler certains cas où ce bruit, au lieu de rester limité à la base pour se diffuser vers la pointe, au niveau ne s'entend avec la même netteté que dans le second espace intercostal ; c'est ce qui arrive dans les hypertrophies fonctionnelles du cœur associées à la croissance, à la maladie de Basedow, etc.

Restent à étudier les modifications de timbre du deuxième bruit. Elles se résument dans un seul caractère étudié par N. Guéneau de Mussy, sous le nom *d'éclat tympanique*. « C'est une sorte d'écho métallique, plus ou « moins accusé, suivant les cas... Il semble produit par « un coup de marteau sec, donné sur une membrane ten- « due. » (Bucquoy et Marfan). « Il est au bruit normal « ce que le souffle amphorique est au souffle bron- « chique. » (N. Guéneau de Mussy). Cet éclat tympanique, qui correspond au *bruit de tôle* de M. Peter appartient en propre à l'aire aortique. Tantôt il est limité à cette aire, tantôt plus ou moins diffusé du côté de l'aisselle et des vaisseaux du cou. On peut du reste, sur ce point, distinguer trois cas.

Dans le premier l'éclat tympanique s'entend seul, et ne s'entend pas au-delà du foyer des bruits aortiques : il est alors en relation avec l'induration athéromateuse de l'aorte et des valvules sygmoïdes; c'est l'indice que les parois artérielles sont incrustées de plaques calcaires, que l'aorte est pour ainsi dire « pavée ». Dans le second cas, l'éclat tympanique est toujours limité à l'aire des bruits aortiques, mais il les accompagne d'un souffle diastolique qu'il précède immédiatement C'est qu'à l'athérôme s'ajoute un certain degré d'insuffisance aortique.

Dans le troisième cas enfin, l'éclat tympanique se diffuse

(1) Voir *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1888 et 1889

Digitized by Google

en dehors de l'aire aortique, surtout en haut et à droite, c'est-à-dire dans l'angle limité par la clavicule droite et le bord antérieur de l'aisselle : il indique dans ce cas une dilatation de l'aorte cylindrique (maladie de Hogdson) ou anévrysmale, dont la distinction sera basée sur la présence ou l'absence des autres signes de l'anévrysme : double battement, tumeur expansive, inégalité des pouls radiaux, etc.

II. **Le rétrécissement tricuspidien.** — Deux mots maintenant sur une affection rare, ou du moins rarement diagnostiquée, le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire droit, auquel M. R. Leudet vient de consacrer une importante monographie (Essai sur le rétrécissement tricusp. 1889)(1). Cette lésion peut être congénitale ou acquise. Il y a peu de chose à dire du rétrécissement congénital, qui résulte soit d'une endocardite fœtale, soit d'une malformation du cœur. Le fait le plus important à noter, c'est la coïncidence fréquente, pour ne pas dire constante, d'autres vices de conformation du cœur, surtout de communications interauriculaires et interventriculaires; cela se conçoit facilement, si l'on songe que le sang gêné dans son passage de l'oreillette dans le ventricule droit, prend plus volontiers la voie qui lui est offerte par le trou du Botal, dont il empêche l'oblitération. La *cyanose* et tout le cortège des accidents qu'elle entraîne représentent la traduction symptomatique de cette affection congénitale ; les enfants qui en sont atteints meurent dès l'extrême jeunesse. Il est à peu près impossible de la reconnaître pendant la vie, en raison de la complexité des lésions.

Le rétrécissement tricuspidien acquis présente également de grandes obscurités dans son étude clinique. Ses causes se confondent avec celles des cardiopathies valvulaires en général ; chez la femme, toutefois, il faut signaler l'influence de la puerpéralité, influence qui s'explique par les relations qu'établit le système veineux entre le cœur droit et l'utérus infecté. Ce rétrécissement est rarement isolé, et s'accompagne souvent d'altération similaire de l'orifice mitral.

Les signes physiques, sont discutés et niés par certains auteurs. A l'inspection, on a signalé au second temps et à droite, un *soubresaut* semblable à celui du rétrécissement mitral ; la palpation a permis à Fenwick de constater, au niveau de l'appendice xyphoïde, une sorte de « thrill » présystolique. M. Duroziez a trouvé en outre, à l'auscultation, du *souffle présystolique*, siégeant au niveau du sternum, tout près du bord gauche de l'appendice xyphoïde, et une sorte de roulement *diastolique* perçu au même foyer ; par la percussion enfin, on a trouvé la matité cardiaque augmentée et l'angle hépatique du cœur abaissé, ce qui est en rapport avec l'hypertrophie de l'oreillette droite. Du côté des vaisseaux, la présence au niveau des jugulaires du *pouls veineux présystolique* serait un phénomène très significatif, s'il était moins inconstant.

Quant aux troubles fonctionnels, ils ne présentent rien de bien spécial. Il y a de la *dyspnée* et de la *cyanose*, traduisant la gêne de l'hématose, due à l'insuffisance de l'afflux sanguin dans les poumons ; il y a aussi des phénomènes de *congestion hépatique* et des *œdèmes* précoces, sous la dépendance de la stase veineuse. Ce qui domine la scène, c'est *l'asystolie*, qui arrive de bonne heure, tout au début de la maladie, « au lieu de n'en constituer que le phénomène final, comme dans la sténose mitrale. » (Leudet). C'est là ce qui rend le pronostic fort grave : les gens atteints de cette lésion ne vivent pas vieux.

Le diagnostic serait relativement simple, si la fréquente coïncidence du rétrécissement mitral ne venait sur ajouter ses signes propres et embrouiller singulièrement le problème. Pour reconnaître le rétrécissement tricuspidien, il conviendra d'abord de songer à la possibilité de cette lésion, et ensuite d'avoir une oreille assez rompue aux finesses de l'auscultation pour localiser exactement l'aire des divers bruits morbides entendus au niveau de la région précordiale. Le traitement du reste ne comporte pas d'indications particulières, et se confond avec celui des autres cardiopathies valvulaires.

EM. TOURNIER.
Interne des hôpitaux de Paris.

(1) Voir : *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1889

REVUE BI-MENSUELLE DES CLINIQUES

DE FRANCE ET DE L'ÉTRANGER

CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE

(PARIS). — **Du traitement de l'anus contre nature.** — Deux circonstances principales entretiennent cette infirmité ; ce sont, d'après M. KIRMISSON : 1° l'orifice, 2° le passage des matières fécales à travers cet orifice. En effet, si le tube intestinal ne s'est pas coudé, et n'a subi qu'une perte de substance sur l'une de ses parois, les matières continuent à s'écouler dans un canal qui ne présente ni obstacle, ni rétrécissement. Il n'en est pas ainsi quand l'intestin, s'accolant à lui-même, comme les deux canons d'un fusil double, arrive à former une double ouverture à l'orifice cutané. Dans ce cas, le bout supérieur est séparé de l'inférieur par une cloison, connue sous le nom d'éperon.

On doit donc d'abord se préoccuper de la disparition de l'éperon, avant de chercher à fermer l'orifice externe. Dans ce but, Dupuytren imagina son entérotome. C'est au bout de cinq à huit jours que l'instrument tombe de lui-même, la section opérée. Après sa chute, on trouve une large brèche qui permet la communication facile du bout supérieur avec l'inférieur. La plupart du temps, il faut alors fermer l'orifice cutané.

La suture simple de l'ouverture est insuffisante. Il faut avoir recours à l'autoplastie. Malgaigne, après avivement de toutes les parties, décollait la paroi intestinale, invaginait les bords de la solution de continuité en dedans et pratiquait ainsi et la suture de l'intestin et celle de la paroi abdominale. Denonvilliers, pour éviter l'ouverture du péritoine, utilisait le glissement facile de la muqueuse pour la retourner en dedans et pour la suturer, en fermant ensuite l'orifice cutané.

Les procédés dans lesquels le péritoine est ouvert afin de suturer simplement les deux lèvres de l'intestin avec ou sans résection de cet organe, ont paru, à un moment donné, se substituer à l'entérotomie. Mais les statistiques ont démontré que ces procédés donnaient une plus grande léthalité. L'entérotomie est donc le procédé de choix. Cependant, la résection intestinale ou la suture des bords de la solution de continuité avec ouverture du péritoine est une opération à conserver, car elle peut rendre des services dans les cas où l'entérotome n'est pas applicable, quand il a échoué, ou quand il faut agir vite.

ANGLETERRE (*Londres*). — **De la conduite à tenir dans un cas de grossesse extra-utérine.** — Quelle conduite doit-on tenir dans un cas de grossesse extra-utérine? Cette question a fait l'objet d'une leçon publiée dans *the Lancet* d'octobre dernier. Deux cas sont à considérer : 1° le kyste fœtal n'est pas rompu ; 2° le kyste est rompu.

Dans le premier cas, c'est-à-dire pendant les dix et douze premières semaines, la grande difficulté est de poser le diagnostic. On peut dire que le médecin qui n'a pas l'esprit éveillé au sujet de la possibilité d'une grossesse extra-utérine ne découvrira jamais celle-ci. Les difficultés du diagnostic de la grossesse extra-utérine varient suivant les différents phases de la grossesse. Dans les premiers mois, on peut aisément se rendre compte de la tumeur extra-utérine, mais ce qui est difficile, c'est de savoir si cette tumeur est due à une grossesse. Dans les derniers mois de la maladie, au contraire, on diagnostique facilement la grossesse, mais il est très difficile de savoir si elle est extra-utérine.

Le diagnostic de la grossesse extra-utérine avant la

Digitized by Google

rupture étant nécessairement obscur, quel degré de probabilité pouvons-nous attendre de l'examen de la malade? D'abord, il faut s'enquérir avec soin des couches précédentes, et surtout savoir s'il existerait une inflammation pelvienne. On déterminera les dates des grossesses antérieures et principalement l'espace de temps écoulé entre le dernier accouchement et la grossesse actuelle. On se rappellera que l'aménorrhée absolue n'est pas la règle dans la grossesse extra-utérine : le plus souvent la malade perd du sang à intervalles irréguliers.

Les signes tirés de l'examen des seins peuvent exister ou manquer.

A cette époque de la maladie, l'utérus n'est pas généralement augmenté de volume d'une façon sensible ; le col, le plus souvent, n'est pas ramolli. Tout ce qu'on trouve, c'est une petite masse, occupant presque toujours le quart postérieur du bassin, à gauche ou à droite, et repoussant l'utérus plus ou moins vers le côté opposé à celui où elle est située. Cependant, il faut bien savoir qu'on a vu des hémorrhagies fœtales survenir à la suite d'une grossesse alors que le kyste fœtal n'était pas plus gros qu'une noix et pouvait à peine être reconnu.

C'est à ce moment de la maladie qu'il faut décider si on aura recours ou non à une intervention. C'est aussi dans ces cas que l'électrolyse a été recommandée, et on a rapporté des observations, surtout en Amérique, où l'embryon a été détruit, le sac s'est atrophié et tout s'est terminé heureusement. Mais, d'autre part, l'électricité peut très bien ne pas tuer le fœtus et on peut citer des cas où, malgré le traitement électrique, l'œuf a été expulsé par les voies naturelles. Il vaut donc mieux recourir à la laparotomie.

Si le kyste fœtal est rompu, deux cas peuvent se présenter : 1° La malade peut être vue en temps voulu ; 2° la malade ne peut être vue qu'après un espace de temps plus ou moins long. Dans le premier cas, il faut faire la laparotomie. Mais c'est le second cas qui se présente le plus souvent dans la pratique, et il est certain que la rupture du kyste est le plus souvent suivie de mort. Que faut-il donc faire quand on est appelé près d'une femme dont le kyste fœtal s'est rompu depuis quelque temps ? Il ne peut y avoir, à cet égard, de règle absolue et, dans la majorité des cas, la conduite la plus prudente est de surveiller attentivement la malade. Si la masse fœtale diminue de volume, il faut laisser la malade tranquille. Quand la grossesse est récente, cette masse peut être résorbée. Mais si le kyste fœtal augmente de volume ou s'il vient de se rompre, opérez. Si le kyste reçoit des produits infectieux venant de l'intestin, traitez-le comme un abcès ordinaire.

Supposons maintenant qu'on ne voie la malade que dans les derniers mois de la grossesse. Dans ce cas, il faut agiter la question de la vie de l'enfant. En face des risques terribles courus par la mère, songer un seul moment à la vie du fœtus est un mauvais sentiment, un acte immoral et une déplorable chirurgie. Il faut procéder à l'extirpation du sac. L'opérateur se souviendra que, dans beaucoup de cas, le kyste fœtal est sous-péritonéal et ne doit pas être attaqué sur la ligne médiane. Si le sac peut être extirpé, tout est pour le mieux. S'il ne peut pas l'être, le placenta sera abandonné et le sac drainé. On a proposé de couper le cordon au ras de l'incision et de suturer la plaie mais cette pratique n'est pas appuyée sur un assez grand nombre de faits.

L'opérateur doit se rappeler que le placenta est quelquefois inséré sur la paroi abdominale antérieure et qu'on ne connaît pas de cas dans lesquels un chirurgien, ayant rencontré le placenta sous son bistouri, ait réussi à arrêter le sang. La position du placenta peut être quelquefois déterminée par la palpation, mais non par ce qu'on appelle à tort le souffle placentaire, qui n'a rien à faire avec le placenta.

F. R.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

L'eseridine, son emploi thérapeutique, par M. le Dr Bibringer. — Cet alcaloïde est voisin de la physostigmine. Par contre, il ne semble pas avoir été encore l'objet d'essais suffisamment nombreux pour être appliqué à la thérapeutique. En signalant le travail de M. Bibringer, nous avons donc pour objet de mettre les chercheurs en garde contre un médicament si mal connu. (*Dent. Med. Worch.* 28 Février 1888.

A la dose thérapeutique, il provoquerait la diarrhée et agirait faiblement sur les grandes fonctions. En tout cas, sa toxicité qui n'est pas nulle, a été considérée comme six fois moindre que celle de la physostigmine.

Il augmenterait les sécrétions intestinales et pourrait, d'après l'auteur allemand, être utilisé comme laxatif et peut-être comme stimulant de l'activité cérébro-spinale. Son avantage serait d'être exempt d'action accumulative. Par contre, on ne devait pas l'employer quand il existe des symptômes d'excitation cérébro-spinale Ajoutons que cela se comprend. Ajoutons aussi, qu'avant de proposer de tels remèdes, il conviendrait de mieux les connaître et de mieux les essayer. Cette remarque s'applique aussi bien aux découvreurs français de nouveaux médicaments qu'à leurs inventeurs allemands.

S. R.

REVUE DES LIVRES

Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire, par M. le Dr Ch. Mauriac médecin de l'hopital du Midi (Paris 1890, J. B. Baillière).

Il y a des écrivains, en médecine comme ailleurs qui se plaisent dans les sentiers battus. Ce sont des gens à l'humeur paisible et quelquefois monotone, qui redoutent les ronces et les pierres de la route. Il en est d'autres qui recherchent les sentiers déserts et les chemins de traverse: ce sont des fantaisistes. La littérature scientifique en possède quelques-uns. Ils ecrivent le roman de les médecine, mais ils ne font pas connaître les difficultés ardues de la pratique.

Notre savant collaborateur et tres cher maitre, M. le Dr Charles Mauriac, n'est ni de ceux-ci, ni de ceux-là. Ce qu'il écrit il le marque d'une empreinte personnelle ; ce qu'il pense il le médite longuement et posément; et ce qu'il enseigne il l'apprend à la manière de ces cliniciens qui ont fait la gloire de l'école française.

C'est que M. Mauriac est doublement français et patriote, par le cœur, chacun le sait, et par la plume, on l'apprendait si on l'ignorait, en lisant ce beau volume venant, à sept années de distance, compléter les magistrales *Leçons sur les maladies vénériennes*.

On écrit beaucoup sur la syphilis; aujourd'hui la Faculté de médecine de Paris possède une chaire où un autre syphiligraphe éminent en fait l'objet spécial d'un enseignement renommé. Il y a une école de l'hôpital Saint-Louis. Elle est brillante, elle est officielle et j'ajouterai, sans nulle intention de critique, elle est l'émule et non la rivale de l'Ecole plus ancienne de l'Hôpital du Midi.

M. Charles Mauriac professe dans cet hôpital qu'illustra Ricord. Comme lui, il appartient à cet enseignement libre des hôpitaux dont l'éclat a contribué et contribuera de plus en plus, nous l'espérons, à augmenter la renommée de notre Faculté parisienne.

N'est-ce pas là une des raisons de l'exceptionnelle originalité de ces leçons ? N'est-ce pas aussi l'un des motifs pour lesquels on y trouve, à un si haut degré, cet esprit clinique dont la tradition Ricord se conserve fidèlement à l'hôpital du Midi ?

Mais, trève aux considérations philosophiques. Evitons de faire l'école buissonnière, et ouvrons ce gros volume.

En 1883, M. Mauriac avait exposé l'histoire clinique, critique et thérapeutique de la syphilis primitive et de la syphilis secondaire. C'était déjà une œuvre considérable. En 1890, il traite de la *syphilis tertiaire et de la syphilis héréditaire*, c'est une œuvre non moins considérable, à preuve les 1168 pages de ce volume qui, avec le premier, forme un *Traité de la syphilis*, le plus complet de notre époque.

Le tertiarisme est devenu, par les travaux de nos contemporains, un immense domaine. En étendue il surpasse, celui déjà considérable que l'on consacrait naguère à la syphilis primitive et secondaire. Les proportions sont renversées; c'est tout un monde pa-

Digitized by Google

thologique : le progrès scientifique le veut ainsi, j'ajouterai, dût sa modestie me le reprocher, que M. Ch. Mauriac a contribué, pour une bonne part, à cette évolution de la syphiligraphie moderne. Nul plus que lui n'avait donc qualité pour écrire ce volume.

M. Mauriac étudie la syphilis dans les différents viscères. Il a donc adopté l'ordre anatomique. C'était le seul rationnel et le seul possible pour décrire et analyser les manifestations si variées de la plus ubiquitaire des maladies. Il l'étudie en général d'abord, c'est l'usage. Plus loin, il la suit *sur les organes génito-urinaires, dans le système locomoteur, dans les appareils respiratoire, digestif et circulatoire* : finalement, il l'étudie dans le *cerveau, la moelle, les nerfs et les organes des sens.*

Ce n'est pas tout ! Après la syphilis acquise, la syphilis héréditaire ! Que de problèmes cliniques à résoudre ? Que de questions pratiques à traiter ? On le voit la tâche était immense ; par son étendue, cette œuvre échappe à l'analyse. Elle n'échappera pas à l'admiration de tous ceux qui la liront ; elle n'échappera pas non plus à la reconnaissance des élèves du maître éminent qui l'a entreprise. Et, ce monument n'est pas achevé ! L'auteur l'annonce et promet d'apporter la dernière pierre à cet édifice, en publiant un jour, une troisième série de leçons relatives au chancre simple et à la blennorrhagie.

Il est des édifices qui par leur belle ordonnance architecturale, par leur élégance et par leur utilité s'imposent, à l'admiration universelle. Celui qui ne les connaît pas s'arrête pour admirer leur façade: il pénètre ensuite dans leur intérieur ; après les avoir visités il ne veut plus s'en éloigner, ou s'il s'en éloigne, il y revient le plus souvent possible pour les admirer encore. Ce livre est un semblable monument : on le feuillette d'abord, puis on est séduit, on se laisse entraîner. Le nombre des pages n'effraie plus : on les lit toutes et, après les avoir lues, on les relit encore.

Le style élégant de l'auteur a su charmer ; son argumentation judicieuse à su convaincre. On se dit donc, en terminant voilà enfin un livre de bon conseil. On le consultera sur les difficultés nombreuses de la syphiligraphie pratique, c'est un guide sûr et fidèle. Comme celui qui en est l'auteur, c'est un ami dont on redoute de jamais se séparer.

CH. ELOY

BULLETIN DE LA SEMAINE

La grippe à la Société médicale des hôpitaux. — La bactériologie de l'influenza. — Coccus viennois ou streptocoque parisien ? — Une enquête médicale sur la grippe en Angleterre. — Les honoraires des médecins légistes et une circulaire ministérielle.

L'épidémie de grippe se termine, voilà paraît-il, pour les sociétés savantes, l'heure de s'en occuper.

A Vienne, à Berlin, à Pétersbourg on en a discuté dès le début, c'était un peu tôt. La Société médicale des hôpitaux a mis la grippe à l'ordre du jour de sa dernière séance, l'une des plus intéressantes auxquelles nous ayons assisté depuis longtemps. C'était opportun, car il devient de plus en plus nécessaire de faire la lumière sur la nature et les caractères cliniques de cette maladie.

Les questions que ce débat soulève sont nombreuses : pour éviter la confusion, il serait utile de se restreindre et d'étudier surtout quelques points de l'histoire de la grippe.

Quel est l'état de la question ? On connaît les manifestations de cette maladie, elles sont presque classiques : Forme nerveuse, forme catarrhale, forme gastro-intestinale ; bref, on s'expose à des redites en s'attardant à les décrire une fois de plus.

On connaît moins l'infection grippale. Quelle en est la nature ? Est-elle d'origine parasitaire ? La grippe est-elle contagieuse. Alors quel en est le contage ? Est-ce un parasite ? Dans cette hypothèse, quels organes adopte-t-il pour habitat ?

La Société médicale des hôpitaux a donc abordé trois de ces problèmes : celui de la pneumonie grippale, celui de la grippe cardiaque et celui de la bactériologie grippale. L'Académie par la voix de M. Boucharp s'est occupé du troisième.

L'accord est fait sur les caractères cliniques de la pneumonie grippale. Il reste surtout à en déterminer la nature spécifique.

Même conclusion à l'égard de la grippe cardiaque dont tout récemment, dans ces colonnes, M. H. Huchard, a révélé l'existence et dont il a entretenu cette Société. Inutile d'insister, sinon, pour remarquer que si l'infection paraît probable, le mécanisme en est obscur. L'existence probable d'une myocardite grippale est un argument d'analogie et non une preuve de certitude en faveur d'une grippe infectante.

J'arrive à la bactériologie de la grippe. Cette semaine a été singulièrement féconde en révélations sur le microbe de cette maladie. Il y a huit jours, il passait pour mystérieux.

Depuis jeudi dernier, voici qu'elle en possède deux. Un seul eût été suffisant, je pense. L'un est autrichien, l'autre parisien et berlinois.

Le microcoque pour lequel sa forme a fait proposer le nom de bonnet d'évêque, a MM. Max Gilles et Jolles (de Vienne) pour pères communs et adoptifs ; M. Sieffert de Wurzbourg en réclame aussi la paternité. C'est une paternité à trois ; heureux microbe !

On le trouve, dit-on, dans les urines et les sécrétions bronchiques. On peut le cultiver sur la gélatine ; seulement on a échoué quand on a voulu inoculer ses cultures aux lapins.

C'est fâcheux : et puis, un scrupule, ce bacille ressemble quelque peu au pneumocoque classique. Est-il indiscret de demander si ce bacille, dont le télégraphe annonçait à l'univers, la naissance, ne posséderait pas une parenté compromettante avec ce microbe ? Après tout cela s'est vu, et on peut se ressembler de plus loin.

Et le microbe des grippes parisienne et berlinoise ? Est-ce le streptocoque que M. Ribbert à Berlin, et M. Vaillard à Paris, ont rencontré dans les humeurs et les tissus des grippeux ? M. Ribbert a des scrupules : il hésite à en faire l'agent spécifique de la grippe. M. Vaillard a été plus loin que lui : il ne s'est pas contenté de l'observer au microscope, il l'a inoculé aux animaux. Le lapin résiste au microbe viennois, les souris blanches de Paris succombent parfois à l'infection provoquée par le streptocoque parisien.

Tout cela est obscur. Chaque microbiologiste lutte de vitesse pour annoncer avant ses concurrents la découverte du parasite présumé de la grippe. Cette course au clocher n'est pas, on l'avouera, une condition favorable à la précision des recherches.

Streptocoque ici, microcoque là : on comprend et on approuve la réserve des membres de la Société médicale des hôpitaux. Comment ne pas dire en manière de conclusion provisoire : attendons de nouvelles recherches et le contrôle d'expériences moins contradictoires.

La découverte du microbe spécifique de la grippe contribuera sans doute à pénétrer ce secret étiologique : Soit ; mais trop de zèle nuit, M. Pasteur a enseigné par son exemple que le temps est le grand facteur des découvertes en microbie. Il ne faudrait donc pas, c'est le bon sens populaire qui le dit, prendre prématurément les désirs des découvreurs pour des réalités.

Le bureau médical du *Local government Board* l'a compris ainsi dans le questionnaire qu'il fait tenir aux médecins anglais. Il n'y parle pas de microbe. Il s'adresse à des praticiens.

Dans l'aristocratique Angleterre, on estime que pour assurer le succès d'une enquête il faut interroger tous les médecins qui le désirent. C'est un exemple utile à recommander et à suivre dans notre France démocratique.

L'Académie a nommé une Commission pour étudier l'épidémie de 1890. Excellente intention ? Ne pourrait-elle

Digitized by Google

donc, avec le libéralisme qui l'inspire, s'adresser, elle aussi, à chaque médecin français, et lui demander de répondre aux questions suivantes :

Quelle est la date du premier cas d'influenza que vous avez observé ?

A quelle époque la grippe a-t-elle pris le caractère épidémique ?

Quelle opinion vous formez-vous sur l'origine, le mode d'introduction et la meilleure médication de cette affection ?

Avez-vous observé une épizootie offrant quelques rapports avec elle sur les animaux des localités contaminées ?

On le voit, le questionnaire du *Médical Department of the Local government Board* n'est pas écrit dans un esprit subversif. Se trouvera-t-il un académicien pour dire tout bas à l'oreille des Commissaires : — Votre rapport ne perdrait rien de son autorité en devenant l'expression de cette *collective investigation*. — De plus, se trouvera-t-il des commissaires pour l'écouter ?

Puisqu'il s'agit de contagion, il en est une plus redoutable que la contagion grippale, du moins de l'avis de M. le garde des Sceaux. C'est la contagion de la solidarité professionnelle dont nos confrères de la province sont atteints, comme à Rodez, à Marcillac et ailleurs. Une circulaire datée du 26 janvier signale ce danger aux procureurs généraux. En voici quelques extraits :

C'est qu'en effet, quel que soit leur désir de voir rémunérer plus équitablement leurs services, les médecins en général estiment que la mission judiciaire qui leur est donnée s'impose à leur conscience comme un de leurs premiers devoirs envers la Société.

Si je blâme l'attitude de certains médecins, ce n'est pas que je *méconnaisse, dans une certaine mesure, la légimité des prétentions qui l'ont provoquée*. Le décret du 18 juin 1811, pendant un certain temps, a été en harmonie avec les besoins de notre état économique et social. Mais, depuis, la situation s'est modifiée et les tarifs que ce décret consacre peuvent paraître insuffisants.

Pourquoi ce blâme ? En vérité M. le Ministre ; vous êtes en contradiction avec vous-même, et vous en convenez plus loin, en rappelant la nécessité d'une réforme et approuvant l'institution déjà ancienne d'une commission chargée de proposer de « nouveaux tarifs des frais en ma- « tière criminelle, correctionnelle et de simple police »

M. le Ministre de la Justice rappelle les difficultés récentes qui se sont élevées entre les magistrats et les médecins requis de prêter leur concours à la justice et ajoute :

Ces difficultés sont nées des tarifs que le décret du 18 juin 1811 sur les frais de justice...

Il est regrettable que certains médecins aient cru devoir traduire leurs protestations contre les dispositions de ce décret par des refus d'obtempérer aux réquisitions de l'autorité judiciaire qui ont contraint le ministère public à exercer contre eux des poursuites.

Mais ce ne sont là heureusement que de très rares exceptions, et je me plais à constater que la justice continue à trouver dans le corps médical le précieux concours auquel il l'a habituée.

Et il ajoute encore :

Sans attendre que cette commission ait terminé son œuvre, je désire rechercher s'il n'y aurait pas lieu, dès à présent, de modifier le taux des honoraires qui sont alloués aux médecins.

Pour compléter les éléments d'appréciation que je possède, je vous prie de consulter les syndicats ou associations de médecins de votre ressort sur les modifications qui leur paraissent devoir être apportées au tarif qui leur est actuellement applicable et de me faire parvenir, avec une copie de leurs délibérations, votre avis personnel.

Très bien : les efforts de nos confrères n'ont pas été stériles. Espérons que l'on écoutera les doléances des associations médicales et que, une fois n'est pas coutume, ce sera pour y donner droit. Néanmoins, convenez-en, au blâme ministériel près, sans l'attitude énergique de nos confrères, la fameuse commission, de l'aveu même de M. le garde des Sceaux, délibérerait encore, délibérerait toujours, et ne cesserait jamais de délibérer. Je commence à croire que les grèves médicales ont parfois leur utilité.

CH. ELOY.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 28 janvier 1890)

Présidence de M. le Dr MOUTARD-MARTIN

De la grippe. — M. BOUCHARD lit une note de M. le Dr Duffer (de Montbéliard) sur la transmission de la grippe. Le 9 décembre, un habitant de Montbéliard reste à Paris où il passe plusieurs heures dans une infirmerie où on soignait des grippeux. Il revient à Montbéliard où il est atteint de grippe le 13 ; le 17 son fils est atteint de la grippe et, le 19, il en est de même de sa fille. Le 21 le père d'un ami qui était allé voir les malades est atteint à son tour et, en dix jours, onze personnes qui avaient eu des rapports avec eux tombent malades.

Ce fait donne à penser. Il est certain qu'au début de l'épidémie on ne croyait pas à la contagion. Actuellement il existe des cas où la maladie s'est développée par étapes successives. Ces faits ne cadrent pas avec ce que nous savions de la grippe. Il faut donc faire des réserves avant de se prononcer sur la contagiosité ou la non contagiosité de la grippe.

M. Bouchard a trouvé trois microbes dans les affections secondaires de la grippe. On dira que c'est de trop ; c'est vrai si on prétendait avoir découvert l'agent pathogène ; mais ce ne l'est pas si on songe qu'à chacun de ses microbes correspondent des localisations spéciales. Les microbes découverts sont : 1o le *staphylococcus pyogènes aureus* qui se trouve dans l'herpès fébrile. M. Bouchard l'a décelé dans les vésicules intactes. 2o le *pneumocoque*, qu'on trouve dans la pneumonie, les pleurésies et les otites. 3o le *streptocoque*, qu'on rencontre dans le mucus bronchique.

Il y a une question à résoudre. Ce streptocoque est-il le le même que celui qu'on observe dans l'érysipèle et la fièvre puerpérale ? Oui.

D'après M. OLLIVIER, il ressort de la discussion que la contagiosité de la grippe n'est pas admise. Il cite, à l'encontre de cette opinion, le fait d'une dame atteinte de grippe. Elle mâche un morceau de viande qu'elle laisse sur une assiette. Un chat s'en empare, et, quelques jours après succombe à la grippe. M. Ollivier signale le danger, dans la grippe, de la broncho-pneumonie qui est plus grave que la pneumonie. La grippe est contagieuse par le mucus nasal et l'expectoration. Des mères, atteintes de grippe, ont transmis cette maladie à leurs enfants qu'elles mouchaient avec leur mouchoir.

Prophylaxie de la tuberculose. — M. VERNEUIL trouve très claire la proposition faite par M. Bergeron dans la dernière séance, mais elle est trop concise. Le travail de la commission est plus explicite. Il faut choisir entre les deux textes.

M. G. SÉE. — La minorité de la commission se rallie à l'amendement de M. Bergeron. Tel qu'il est, il résume tous les dangers de transmission. Cet amendement mis aux voix est adopté. M. G. Sée s'élève contre la contagion de la tuberculose par l'atmosphère des chambres des malades, ce moyen de contagion n'existe pas.

M. VERNEUIL. — Il y a eu malentendu. L'air expiré par le phtisique ne contient pas de microbes ; tout le monde le sait. Mais l'air est le véhicule des poussières qui contiennent les microbes : il est donc dangereux.

M. BERGERON avait ajouté un amendement. Le lait renferme *quelquefois* le parasite de la tuberculose. Il est donc prudent de faire bouillir le lait, *surtout* quand il sert à l'alimentation des jeunes enfants.

M. NOCARD. — On a contesté la transmission de la tuberculose par le lait. Cependant, parmi les produits tuberculeux qui peuvent donner la tuberculose, il n'y en a pas de plus dangereux que le lait. D'autre part, la tuberculose de la vache est une des maladies les plus difficiles à diagnostiquer. Il en est de même de la mammite tuberculeuse au début. Comme, d'autre part, on ne peut savoir si le lait qu'on reçoit est de bonne qualité, il faut le faire bouillir.

M. BROUARDEL cite le fait suivant. Dans un établissement de jeunes filles, il en meurt cinq en deux ans de tuberculose ; leurs parents étaient sains. Il découvre que la vache qui fournissait le lait bu par les enfants avait une mammite tuberculeuse.

M. LANCEREAUX pense que les faits de contagion par le lait sont nombreux. Le nombre des vaches tuberculeuses est faible. Le

Digitized by Google

lait qu'on boit à Paris étant très mélangé n'est pas bien dangereux. D'autre part, le lait bouilli n'a pas les qualités du lait cru. M. Lancereaux demande qu'on se borne à surveiller les vacheries. Il vaut mieux attendre avant de défendre le lait cru.

M. Bouchard. — Si les vaches tuberculeuses ne sont pas nombreuses à Paris, c'est que la surveillance est active aux abattoirs. Mais, dans les environs, il n'en est pas de même. Les faits connus sont suffisants pour qu'on vote l'amendement. Pour M. Olivier, le lait bouilli est très bien supporté. — L'amendement est voté.

M. Bergeron a ajouté un autre amendement. La notion certaine de la transmissibilité de la tuberculose impose aux pouvoirs publics le devoir de rechercher les tuberculeux dans toutes les collectivités : lycées, casernes, ateliers, etc.

M. Dujardin-Beaumetz. — Il est impossible de voter cet amendement. Il faudrait des lois sanitaires qui nous font défaut.

M. Vallin. — Il n'y a pas de loi qui oblige à éloigner un varioleux et cependant on l'isole. Pourquoi ne peut-on isoler un tuberculeux ? — M. Olivier. Les phtisiques à la première période, qui ne crachent pas ne sont pas dangereux. Ceux qui crachent le sont. Il est bon que le médecin soit armé pour faire prendre les mesures prophylactiques nécessaires.

Pour M. L. Colin, on peut, dès maintenant, prendre dans l'armée les mesures nécessaires. L'amendement de M. Bergeron est ainsi modifié. L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur les dangers que les tuberculeux font courir aux collectivités. (Adopté). F. R.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 janvier 1890

Presidence de M. le Dr Dumontpallier

La pneumonie grippale. — M. Duponchel se demande si les pneumonies si fréquentes depuis deux mois doivent être rattachés à la grippe ou à une épidémie concomittante. Trois cas, qu'il a observés, lui font penser qu'elles sont dues à la grippe. Tout en présentant les signes physiques pathognomoniques de la pneumonie franche, ils en différaient cependant par leur marche clinique. Pas de frisson initial, au début le point de côté; après plusieurs jours de fièvre; les crachats, mais au lieu de présenter l'aspect rouillé ces crachats étaient spumeux, aérés, filants et analogues à ceux de la bronchite simple, la courbe thermométrique et la marche de la maladie étaient fort irrégulières.

Absence de défervesence vers le 8e ou le 9e jour, mais durée totale de trois semaines, se terminant par une sudation abondante, comme dans la grippe. De plus, convalescence longue, ce que l'on n'observe point dans la pneumonie franche. L'examen des crachats a fait constater l'absence des bacilles de la tuberculose, et des diplocoques capsulés de la pneumonie.

En résumé, la pneumonie grippale doit prendre une place à part dans le cadre nosologique.

M. Laveran. — Les pneumonies irrégulières se rencontrent fréquemment dans la grippe, parfois elles revêtent le caractère infectieux. Dans ces formes, on rencontre rarement le pneumocoque dans les crachats, par contre les streptocoques y sont nombreux.

Un premier malade, convalescent d'une dysenterie grave, contracte la grippe à l'hôpital. Fièvre vive, un point de côté à droite, et signes d'une pneumonie, celle-ci fut bientôt compliquée de pleurésie, puis de pneumothorax; à l'autopsie on trouve plusieurs foyers de pneumonie suppurée, dont l'un s'était ouvert dans la plèvre; quatre autres cas semblables ont nécessité quatre empyèmes.

Une autre autopsie de grippe infectieuse est particulièrement intéressante. Le malade, autrefois atteint d'endocardite, entre au Val-de-Grâce avec une fièvre vive et sans localisation spéciale. On constate enfin une pleurésie gauche. A l'autopsie on trouve un épanchement pleural purulent à gauche, de la péricardite, pas de pneumonie, une péritonite suppurée, une rate énorme pesant 525 grammes et un foie en dégénérescence graisseuse comme dans les maladies infectieuses. Le parenchyme splénique contenait des streptocoques en très grand nombre.

Deux autres complications ont été également observées par M. Laveran : une mort par péritonite aiguë suppurée sans cause appréciable, une autre mort par pneumonie droite compliquée de myélite ascendante.

M. Chantemesse a examiné avec M. Vidal le sang de plusieurs malades au début de la grippe ; il a constaté une augmentation des globules blancs, dont les noyaux lui ont paru déformés, mais il n'a trouvé aucun parasite.

Il a observé des bronchites à odeur fade et aigrelette : ces bronchites étaient d'ailleurs curables.

M. Laveran a noté également l'augmentation du nombre des leucocytes dans le sang, ce qui explique peut-être la fréquence de la suppuration dans la grippe.

M. Comby a observé huit cas de grippe, à l'hôpital Saint-Louis ; cinq se terminèrent par la mort. Une seule fois il a constaté l'hypertrophie de la rate, mais il s'agissait d'un malade atteint de phtisie fibroïde avec sclérose pulmonaire, dilatation du cœur droit et foie énorme. Dans ce cas, l'hypertrophie de la rate peut s'expliquer par la lésion cardiaque. N'en serait-il pas de même dans les autres? La rate des quatre autres malades était petite; son poids ne dépassait pas 50 grammes. On a donc trop insisté sur les hypertrophies de la rate, les autopsies ne confirment pas les investigations cliniques.

M. Duponchel dans deux autopsies a trouvé la rate normale.

M. Guyot a fait l'autopsie d'une infirmière de son service morte d'une grippe anomale. La rate pesait 610 gr. La malade n'avait jamais eu de fièvres paludéennes.

M. Chantemesse a pratiqué avec M. Vidal l'autopsie d'une femme morte de la grippe, n'ayant jamais eu de fièvres palustres. Néanmoins la rate était hypertrophiée.

Bactériologie de la grippe. — M. Vaillard a examiné avec le Dr Vincent les viscères, le sang, la rate, d'individus ayant succombé à la grippe, les épanchements pleuraux de broncho-pneumonies grippales et les crachats d'individus atteints de grippe.

Il a trouvé dans ces humeurs et ces tissus un streptocoque en chaînette qui, dans les cultures, se reproduit toujours identique à lui-même. L'inoculation de ces cultures à des souris blanches déterminé la mort de l'un de ces animaux. On trouva dans son sang et ses viscères de nombreux streptocoques.

M. Vaillard fera connaître le résultat de ses recherches quand elles seront plus complètes. Dès aujourd'hui cependant, il prend date en signalant la présence presque constante de ce microbe dans le sang, la rate, les poumons, les liquides épanchés et les exsudats. Ce microbe présente des analogies dans le microbe de l'érysipèle. Reste à savoir si ce streptocoque est spécifique de la grippe ?

M. Netter. — Un certain nombre de sujets, même en bonne santé, présentent des streptocoques dans la salive. Il n'est donc pas surprenant de les retrouver dans d'autres humeurs. Il ne faut pas se hâter de conclure, car le streptocoque n'est pas le seul microbe que l'on trouve dans les manifestations de la grippe. M. Netter a trouvé le pneumocoque de Frankel dans une pneumonie et dans deux otites grippales.

M. Du Cazal a examiné les crachats de quatorze malades atteints de grippe; et dans tous il a trouvé le streptocoque signalé par M. Vaillard.

M. Chantemesse. — On trouve après la mort de nombreux microbes dans l'organisme. Le streptocoque signalé par M. Vaillard est sans doute le résultat d'une infection secondaire. On ne le trouve pas dans le sang extrait de la rate pendant la vie.

Sur les formes cliniques de la grippe. — M. Huchard.

Digitized by Google

La grippe, bénigne en elle-même, peut entraîner la mort par les complications les plus diverses. Du côté de l'appareil respiratoire, on observe la pneumonie, la broncho-pneumonie et certaines formes de congestion pulmonaire peu connues. Les unes passives, se manifestent seulement à l'auscultation par des râles sous-crépitants, fins que l'on perçoit dans les grandes inspirations. Les autres actives, avec des crachats hémoptoïques fréquents et même des hémoptysies considérables sont indépendantes de la tuberculose pulmonaire.

Il existe aussi une forme clinique, dont Graves a parlé. Elle est caractérisée par une paralysie des muscles de Reissesen et par l'impossibilité de l'expectoration. La dyspnée est très vive, l'asphyxie semble imminente et cependant, à l'auscultation on ne perçoit que des râles humides, sans localisation pulmonaire. La fièvre est d'ailleurs très modérée. Il s'agit en quelque sorte d'une asystolie pulmonaire. L'emploi de la médication tonique, particulièrement des injections d'éther et de caféine et même le sulfate de strychnine, est indiqué chez ces malades.

La forme cardiaque de la grippe se manifeste par des lipothymies, des syncopes qui peuvent occasionner la mort. Le pouls est lent, irrégulier, intermittent, parfois on observe ce que l'on désigne sous le nom de faux pas du cœur. Cet état syncopal s'accompagne de respiration de Cheyne-Stokes, sans qu'il existe de lésion rénale.

S'agit-il d'une myocardite infectieuse ou de troubles de l'innervation du pneumogastrique? Ces deux opinions peuvent être soutenues; la myocardite existe probablement dans la grippe comme dans tous les états infectieux. M. Huchard fait remarquer qu'il s'agit ici le plus souvent d'accidents à allures paroxystiques avec accompagnements de symptômes indiquant un état parétique du pneumogastrique (congestion pulmonaire, lenteur du pouls, syncope) ou bien une atteinte portée au fonctionnement du bulbe, (respiration de Cheyne-Stokes).

La grippe gastro-intestinale revêt parfois les caractères de l'embarras gastrique à forme infectieuse. Dans ces cas la langue reste pendant des semaines couverte d'un enduit saburral; l'inappétence est absolue; le foie et la rate sont augmentés de volume, parfois on observe de la congestion pulmonaire et une albuminurie passagère. Les garderobes sont fétides, la prostration des forces extrême.

Le foie peut à lui seul, subir l'atteinte de l'infection grippale. Un alcoolique, atteint de cirrhose au début est frappé par la grippe. Il tombe dans la cachexie cirrhotique avec œdème des membres inférieurs, ascite, hypertrophie du foie et hépatite graisseuse à marche aiguë. Cette observation est un exemple de grippe envahissant de préférence un organe débilité, le *locus minoris resistentie* de l'organisme. H. M.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 janvier 1890

Présidence de M. le Dr Le Dentu.

Séance solennelle et annuelle. — M. Le Dentu, président sortant, prononce un discours sur la situation générale de la société.

M. Pozzi, secrétaire annuel, expose le compte rendu des travaux de l'année.

M. Chauvel, secrétaire général, prononce l'éloge de M. Legouest. (Voir p. 65).

Prix de l'année 1889. — *Prix Duval* à M. le Dr Coulier, pour sa thèse : *Du doigt à ressort.*

Prix Gerdy à M. le Dr Delbet, prosecteur à la Faculté de Paris.

Prix Laborie. Mentions honorables : à MM. Boeckel, de Strasbourg, pour son *Etude sur les kystes du pancréas*; L. H. Petit, pour son mémoire sur les *Ruptures du biceps*; Schmit, médecin militaire, pour son travail : *De l'ostéome de la cuisse chez les cavaliers.* H. M.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'angine granuleuse

par M. le Dr LUC

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Le terme *angine granuleuse* est loin de correspondre à un type clinique parfaitement déterminé. La lésion anatomique qui lui a valu son nom est évidemment la même dans tous les cas et consiste en une hypertrophie disséminée des éléments adénoïdes normaux du tissu de la muqueuse pharyngée. Mais on se tromperait étrangement, à notre sens, si l'on voyait dans la granulation toute la maladie. Chez l'enfant, les hypertrophies circonscrites des éléments adénoïdes de la muqueuse pharyngée peuvent se montrer sous l'aspect de lésions fixes ou à peu près telles et ne déterminer de symptômes pénibles qu'en proportion de la gêne mécaniques qu'elles apportent au fonctionnement de l'organe. Mais alors nous observons une hypertrophie générale des éléments lymphatiques de la lésion; les granulations pharyngées ne figurent alors que comme accessoires, parallèlement à l'hypertrophie des amygdales proprement dites et du tissu amygdalien supplémentaire de la région basilaire et de la base de la langue. Dans ces conditions, un traitement purement mécanique, tendant à supprimer toutes les parties hypertrophiées, peut à lui seul donner des résultats curatifs; c'est ici que la curette ou le galvano-cautère trouvent leur application rationnelle.

Voilà une première forme clinique d'angine granuleuse qui pourrait s'appeler *hypertrophie diffuse torpide des éléments lymphoïdes du pharynx*, forme propre à la jeunesse et plus particulièrement à l'enfance. Cette forme clinique pourra encore se retrouver chez l'adulte, mais d'une façon exceptionnelle. En général l'affection décrite sous le nom d'angine granuleuse chez les sujets qui ont dépassé l'adolescence se présente avec des traits différents des précédents. Les auteurs qui ont écrit avant ces vingt dernières années sur l'angine granuleuse (et beaucoup de médecins partagent encore aujourd'hui cette manière de voir) ont surtout vu dans cette affection l'expression d'un état diathésique spécial, qu'ils cherchaient à caractériser par le terme assez vague *d'herpétisme*.

Aujourd'hui, ce terme tend à passer de mode et à faire place à la dénomination plus large d'*arthritisme*. Dans ce cadre mieux tracé, on fait assez volontiers figurer l'angine granuleuse à côté de l'eczéma, de l'asthme, de la migraine, etc. Pour nous, l'observation nous a fait reconnaître que l'un des traits les plus caractéristiques de l'angine granuleuse était sa façon de procéder, par poussées aiguë, inflammatoires ou simplement fluxionnaires, et accompagnées ou non de phénomènes catarrhaux, tantôt limitées à la muqueuse pharyngée, tantôt s'étendant à celle du larynx et des premières voies aériennes. Or, l'on sait que l'un des attributs les plus particuliers de la diathèse arthritique, est la facilité avec laquelle elle se prête aux poussées fluxionnaires. C'est à ce titre que les

Digitized by Google

arthritiques sont, plus que d'autres, exposés à des attaques fréquentes de pharyngite, finissant par entraîner l'hypertrophie des follicules lymphoïdes de la muqueuse. On peut même observer de très curieux phénomènes de balancement entre les fluxions pharyngées et d'autres manifestations arthritiques, témoin un sujet que nous observions il y a peu de temps, et qui, après avoir oscillé pendant plusieurs années de sa vie, entre l'asthme et la migraine, n'avait été débarrassé, depuis deux ans, de cette double affection que pour souffrir alternativement d'un eczéma de la face et d'une angine granuleuse à répétition. Mais l'arthritisme n'est pas la condition pathogénique indispensable de ces fluxions intermittentes vers la gorge, avec formation d'hypertrophies folliculaires. Il est, par exemple, toute une catégorie de malades qui, sans avoir jamais présenté de manifestations arthritiques, à proprement parler, sont affectés d'une tendance toute spéciale aux refroidissements et qui, à chaque refroidissement, sont pris infailliblemont de la gorge. Enfin, à côté de l'angine granuleuse par constitution et de l'angine granuleuse par refroidissements répétés, un troisième type: mérite de figurer l'angine granuleuse par profession. Ici, la cause de la fluxion pharyngée est la fatigue vocale, obligeant le malade à substituer à l'inspiration physiologique lente et nasale, une inspiration brève et buccale, ne permettant pas à l'air de s'échauffer ni de s'imprégner d'humidité avant de parvenir au contact des muqueuses pharyngée et laryngo-bronchique.

Les auteurs anglais avaient depuis longtemps remarqué que ces conditions étiologiques spéciales s'exerçaient principalement sur les ministres religieux, astreints par leurs fonctions à parler longuement au milieu d'un atmosphère froide; de là le nom *clergymen's sore throat* donné par eux à la maladie. Mais ce n'est pas tout, il nous faut encore ouvrir un cadre étiologique spécial pour les cas d'angine granuleuse où les mêmes effets sont le résultat d'une conformation défectueuse du conduit pharyngo-nasal, rendant cette région peu ou point perméable à l'air, et plaçant d'une façon continuelle la muqueuse pharyngée dans les mêmes conditions que celles réalisées par les fatigues vocales prolongées. A ce cadre on pourrait donner le nom d'angine granuleuse d'origine organique.

Ce préambule n'était pas inutile pour bien établir que l'affection qui nous occupe, loin d'être simple et d'appeler une médication toujours identique dépend de causes et d'influences variées dont l'analyse, dans un cas donné, doit précéder toute thérapeutique. Ce que nous tenons aussi à bien faire ressortir, c'est que, loin d'être toujours la lésion unique et même essentielle de la maladie, la granulation pharyngée n'en est le plus souvent que la conséquence. Elle nous représente un reliquat inflammatoire, comparable aux colonnes des vessies atteintes de cystites prolongées ou répétées. Une fois créée, la granulation tend évidemment à augmenter mécaniquement par son volume la gêne fonctionnelle du malade, et on pourra espérer légitimement, en la détruisant, procurer du soulagement à celui qui en est affecté; mais cette destruction, si elle est exactement limitée aux éléments hypertrophiés, ne supprimera ni l'élément *catarrhe*, souvent concomitant, ni la menace de nouvelles poussées ultérieures, tendant à faire inévitablement reparaître; à plus ou moins longue échéance, les granulations incriminées souvent d'une façon bien exagérée et trop exclusive par le médecin et le malade. En effet bien des sujets en sont porteurs qui ne s'en doutent.

En revanche, dans le cas où elle s'accompagne de sensations pharyngées, cette lésion banale fournit aux uns et aux autres une explication objective si commode, qu'on devait nécessairement en abuser et que, sans méconnaître l'importance qu'elle peut avoir, il nous parait rationnel de lui imposer certaines limites.

Dans un cas déterminé d'angine granuleuse toute intervention locale devra donc être précédée d'un examen attentif, non seulement du pharynx, mais des cavités nasales et naso-pharyngiennes, et que tout obstacle à la perméabilité de ces conduits (polypes muqueux, rhinite hypertrophique, végétations adénoïdes) devra être préalablement levé. Cela fait, on s'assurera, si la granulation constitue la lésion unique ou prédominante, ou s'il s'y adjoint un élément inflammatoire catarrhal diffus. Dans le premier cas, surtout quand les granulations forment des saillies peu nombreuses mais nettement détachées et volumineuses, quand au niveau des pilliers postérieurs existent de grosses saillies longitudinales, source de douleurs, pendant la déglutition, au moment des poussées aiguës, on peut être assuré de rendre au malade un service signalé en détruisant, une à une, toutes les parties hypertrophiées. Ce but pourrait être atteint à la rigueur par l'emploi des caustiques chimiques, mais à leur action souvent superficielle et difficile à limiter, nous ne saurions trop préférer celle de la cautérisation ignée, rendue se pratique par la généralisation du galvano-cautère et la découverte de la cocaïne. Ce procédé sera exécuté de la façon suivante : la paroi postérieure du pharynx ayant été badigeonnée deux fois de suite, à deux minutes d'intervalle, avec une solution de chlorhydate de cocaïne à 1 pour 5, et le malade ayant été exhorté à tenir la bouche ouverte et à respirer largement, ce qui prévient, dans une certaine mesure, la tendance aux nausées, la langue est maintenue abaissée et le cautère est porté, froid, successivement au contact de chaque granulation, et on ne fait passer le courant que pendant la durée de ce contact.

On se sert pour cette opération d'un cautère à extrémité plate, arrondie, ou ovoïde, suivant la forme des hypertrophies. La susceptibilité du malade règlera la durée de la séance. A la suite de la cautérisation, le malade éprouve, pendant deux ou trois jours, une assez violente dysphagie, surtout si les brulûres sont étendues et ont porté sur les piliers postérieurs. Chaque point cautérisé se recouvre rapidement d'une conenne blanchâtre, offrant une assez grande analogie d'aspect avec le fausse membrane diphtéritique. On combattra ces phénomènes réactionnels en prescrivant une alimentation composée principalement de laitages, d'œufs, d'aliments en purée, et en conseillant l'usage fréquent de gargarismes boriqués froids ou l'ingestion fréquente de petits morceaux de glace. Au bout de huit jours, toutes les eschares sont tombées, et l'on peut procéder à une nouvelle cautérisation.

Chez les enfants, les granulations offrent une consistance friable, et se laissent facilement détacher par le grattage, aussi Ruault conseille-t-il, chez eux, l'emploie de la curette de préférence au galvano-cautère.

A suivre.

Digitized by Google

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

Joinville, 28 janvier 1890.

Traitement de l'anthrax

Mettant à profit l'emploi de l'acide phénique et du thermocautère dans le traitement de l'anthrax, j'agis de la manière suivante depuis un an.

Je fais une incision en croix dans toute la profondeur et toute l'étendue de l'anthrax avec le couteau du thermocautère. D'autre part je promène un pinceau (un peu d'ouate liée aux extrémités d'une petite tige de bois) trempé dans une solution saturée d'acide phénique dans l'alcool, dans les sillons formés par l'incision. La plaie est recouverte de compresses phéniquées (solution à 50/0) renouvelées toutes les demi-heures le jour, deux ou trois fois la nuit. Matin et soir on promène dans la plaie le tampon imbibé d'acide phénique (sol. saturée) et cela tant qu'il y a de la suppuration. Une fois celle-ci tarie, les quatre lambeaux tombés et éliminés, la plaie bourgeonnante, on s'en tient aux seules compresses phéniquées. Enfin quelques cautérisations des bourgeons au nitrate d'argent hâteront la guérison.

En même temps je donne, intus matin, midi, et soir, deux cuillerées à café de solution d'arséniate de soude à 1 centigramme pour 1.000.

Ce traitement m'a donné une guérison en huit jours pour trois petits anthrax du volume d'une pomme.

J'ai obtenu en quinze jours une guérison complète d'un anthrax de la région lombaire mesurant environ 25 centimètres de largeur sur 11 de hauteur.

Bien entendu dans ce cas particulier, j'ai dû faire les incisions suivantes au thermocautère : une première dans toute la largeur de l'anthrax, très profonde dans sa partie moyenne, moins profonde sur les limites du mal, suivant la profondeur de la tumeur. Sur cette première incision j'ai fait tomber cinq incisions perpendiculaires.

Ce traitement m'a donné des résultats vraiment merveilleux, en égard à la longue durée du traitement avec les simples incisions au bistouri et les cataplasmes.

Les incisions sont certes douloureuses, mais on n'a pas à y revenir. Une seule séance suffit. Du reste si la cocaïne est moins dangereuse en injections hypodermiques qu'on a voulu le faire croire, rien m'empêcherait d'y avoir recours.

Dr Sieffel.

CORRESPONDANCE DE L'ETRANGER

Moscou, 15 janvier 1890.

Un cas d'hémorrhagie sous-dermique de la verge

Voici un cas d'hémorrhagie sous-dermique remarquable par la rapidité de son évolution et de sa guérison.

Un maçon âgé de 42 ans, très robuste, me consulte, le 7 mai 1889. Le matin, pendant une forte érection, il fit un mouvement violent avec la main pour écarter la verge de côté. Aussitôt il y remarque une rougeur et une tumeur considérables ; l'érection cessa immédiatement.

Le lendemain j'examine le malade ; le scrotum et la verge présentent une triple augmentation de volume ; la peau est luisante, livide, rappellant la gangrène. Outre cela un peu de chaleur des téguments ; mais sans douleur. Les urines ne contiennent pas de sang, quoique la diurèse soit un peu gênée. J'ordonne l'application continue de compresses imbibées d'eau de Goulard.

Après huit jours de traitement, la tumeur diminue de moitié. La coloration devient brune grisâtre, moins livide. La verge présente une déviation vers le côté gauche. Le corps caverneux au milieu de la verge est sensiblement induré.

Je pense que l'extravasat s'est effectué dans les corps caverneux du côté droit, qu'il s'est répandu dans le tissu cellulaire du pénis et du scrotum, et que probablement il était aussi accompagné d'un oedème des tissus. Après 18 jours le malade est complètement guéri.

J'ai eu souvent l'occasion d'observer des hémorrhagies dans le scrotum et les corps caverneux ; mais ces ecchymoses limitées à l'espace de quelques centimètres, provenaient toujours des causes mécanique, sous l'influence du coït. Les hémorrhagies sous-dermiques plus vastes, comme celle-ci, sont occasionnées par la rupture de vaisseaux volumineux à la suite de traumatismes plus graves.

Dr N Mansourhoff,
Professeur à la Faculté de Moscou.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MÉDECINE

Le traitement antiseptique de l'ozène

On connait la difficulté de combattre cette affection rebelle contre laquelle on a employé les traitements les plus divers : galvano-caustique, permanganate de potasse, iode métalloïdique etc, etc.

La médication parasiticide et antiseptique offre des ressources contre elle en parvenant ou en arrêtant la fermentation du mucus nasal. On a donc essayé l'iodoforme, la créosote, l'acide phénique, l'acide borique, le sublimé et le chlorure de zinc : soit comme antiseptiques, soit comme désodorisants et sous la forme d'irrigations nasales, de badigeonnages, de bougies nasales ou d'insufflations pulvérulentes.

1° Irrigations nasales antiseptiques. — Chez les adultes Schnitzler (de Vienne), prescrit les solutions suivantes

On pratique les irrigations avec une partie en volume de la solution que l'on mélange à cinq parties d'eau tiède :

Bicarbonate de soude	ãã 12 grammes
Sel ammoniac pur	
Acide phénique	VI gouttes
Eau	500 grammes

La solution phéniquée de Schroeter est moins irritante. Elle contient :

Acide phénique cristallisée	I gramme
Glycérine pure	15 —
Eau	400 —

On peut employer aussi : une solution de sublimé au millième ou bien, une liqueur boriquée ainsi formulée :

Acide borique	ãã 10 grammes
Eau distillée de laurier cerise	
Eau	500 grammes

Chez les enfants, on préférera cette solution à cause de sa faible toxicité, ou bien encore la solution alcaline de chloral ainsi préparée :

Hydrate de chloral	5 gr.
Carbonate de soude	5 gr.
Eau	10,000 gr.

Digitized by Google

2° Badigeonnages antiseptiques. On fait usage des préparations suivantes que l'on applique avec le pinceau.

Chlorure de zinc	4 gr. et 50 centigr.	
Eau distillée		25 gr.
Glycérine		

Ou bien d'après Ferreri, chez les enfants :

Créosote	ââ 10 gr.
Glycérine	

Ou bien encore la mixture suivante :

Créosote	5 gr.
Alcool	30 gr.
Glycérine	60 gr.

3° Bougies nasales. — Ces bougies sont conservés pendant toute la nuit.

M. Ferreri les prescrit ainsi :

Huile de cade	1 gr.
Iodoforme	4 gr.
Vaseline	10 gr.

F. s. a. une pommade servant à enduire les bougies.

Ou bien :

Iodoforme	1 centgr.
Beurre de cacao	40 gr.

F. s. a. pour une bougie.

Introduire cette dernière dans la fosse nasale, préalablement bien détergée, tamponner ensuite avec une boulette d'ouate et laisser en place durant toute la nuit.

4° Insufflations antiseptiques. — L'iodoforme est le plus généralement employé On a proposé de le désodoriser avec le café, suivant la formule suivante :

Iodoforme porphyrisé	ââ 10 gr.
Café torrifié finement pulvérisé	

Le café torréfié possède on le sait des propriétés antiseptiques et masquerait l'odeur de l'ozène et de l'iodoforme

Enfin à la Clinique de Schnitzler (de Vienne) on pratique des insufflations avec la poudre suivante :

Benzoate de soude	12 grammes.
Iodoforme	
Goudron	V gouttes.

Il va sans dire que le traitement local de l'ozène a pour auxiliaire une médication générale appropriée.

Ch. Eloy.

INFORMATIONS

PARIS

Faculté de médecine *Thèses de doctorat. Mercredi 29 janvier.* — M. *Cochery* : Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de benzoate de mercure ; — M. *Decaux* : De l'origine microbienne des kératites et de leur traitement ; — M *Paslidas*: Lymphadénome en général et particulièrement dans un cas rare observé sur la mamelle ; — *M. Laporte* : Syphilis de la clavicule.

Jeudi 30 janvier, — *M. Billoir* : Contribution à l'étude de la syphilis vaginale secondaire. — *M. Ahmed-ben-Milloud* : De la luxation de l'épaule en arrière et ses complications. — *M. Millet* : Empyème gangréneux interlobaire. — *M. Allard* : Des kystes pruriformes du cœur. — *M. Vezes* : Anévrysmes les artères de la jambe. — *M. Descreumeaux* : De l'intervention chirurgicale dans les ostéo-arthrites tuberculeuses des articulations tibio-tarsiennes et du pied chez l'enfant. — *M. Jacquinot* : Rétrécissement vénérien du rectum. — *M. Lyon* : L'analyse du suc gastrique, sa technique, ses applications cliniques et thérapeutiques. — *M. Grenier* : Etude sur la maladie de Thomsen.

NÉCROLOGIE

Après Faquet (de Lille), Daniel Mollière, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Les morts se multiplient.

Au moment où notre dernier numéro était déjà sous presse, nous apprenions trop tard pour l'annoncer à nos lecteurs, la mort inattendue de notre savant collaborateur.

Est-il besoin, devant cette tombe qui se ferme si cruellement, de rappeler les beaux travaux du défunt regretté? Son *Traité des maladies du rectum et de l'anus*, ses travaux sur la chirurgie des os, ses essais d'anesthésie par la voie rectale, etc., etc. ; sont justement appréciés ; le souvenir en est présent à toutes les mémoires. Observateur sagace, opérateur prudent, écrivain de mérite, notre confrère laisse après lui d'immenses regrets.

La Rédaction de la Revue générale de Clinique et de thérapeutique, exprime donc, a sa famille, à ses nombreux amis et au corps médical lyonnais dont il était un des membres les plus méritants, les hommages de sa plus sympathique condoléance. Nous n'oublierons jamais les encouragements qu'il donnait à ce journal, ni la sollicitude avec la quelle il en suivait le développement.

Ch. E.

En France : MM. les Drs *Lossouarn* (de Brest) ; *Robert de Rauchamps* (de Poitiers), *Pone* (de Pontarlier) ; *Rougier* (d'Arcachon) ; *Bornier*, professeur à l'école de médecine de Besançon ; *Molard* et *Bérard*, médecins militaires en retraite ; *Belmant* (d'Arras) ; *Dubois*, ancien secrétaire de la Faculté de Strasbourg ; *Gaillard* (de Valence) ; *Piroux* (de Baccarat) ; F. *Dreyfous*, médecin des hôpitaux de Paris, et *Cauvet* professeur de matière médicale à la Faculté de Lyon et bien connu par son enseignement apprécié et ses ouvrages estimés.

En Allemagne : M. le Dr F. *Freirher von Troeltsch*, professeur de la Faculté de Wurzbourg et le plus éminent auriste de l'Allemagne. Il avait suivi l'enseignement de Toynbée en Angleterre avant de s'établir à Wurzbourg et de devenir privat-docent, puis professeur d'otiatrie à cette Faculté. Il inventa une méthode ingénieuse d'exploration de l'oreille, et écrivit deux ouvrages d'importance capitale : un *Traité des maladies de l'oreille* et un *Traité de l'anatomie de l'oreille appliquée au traitement des affections de cet organe*.

INDEX BIBLIOGAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

Clinique médicale

Belmondo (E.) : Les lésions anatomiques de la moelle dans la pellagre (*La Riforma medica*, p. 1.533, 4 nov. 1889).

Galezowski : Traitement des migraines pré-orbitaires et oculaires par l'application de l'électricité statique (*Recueil d'ophtamologie*, octobre 1889).

Ughetti : De l'influence de la chaleur sur les battements du cœur (*La Riforma medica*, 2 nov. 1889).

Vieira de Mello : Note sur un cas d'encéphalopathie hystérique réputée syphilitique (*Uniao medico*, septembre 1889).

Le Directeur-Gérant. Henri Huchard.

Paris — Imprimerie Décembre, 326, rue de Vaugirard.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE — N° 6 — 5 FÉVRIER 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD. — RÉDACTEUR en CHEF : M. Charles ÉLOY

COMITÉ de RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ.

AVIS. — A dater de ce jour, la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* paraîtra le *mercredi* au lieu du jeudi.

Elle contiendra régulièrement les nouvelles universitaires complètes de la semaine, et un *Guide de l'étudiant aux examens* et aux concours. Paginé dans la couverture, ce guide sera aisément conservé, sans modifier la physionomie du journal, ni les habitudes du lecteur.

Déjà *Journal des praticiens*, elle deviendra aussi le *Journal des étudiants*.

CLINIQUE MEDICALE

Hospice de Bicêtre. — Service de M. le Dr CHARPENTIER

De l'inégalité pupillaire momentanée chez les épileptiques. Sa valeur diagnostique.

Les épileptiques, comme ceux qui ne le sont pas, peuvent présenter de l'inégalité pupillaire due à une altération des milieux réfringents ou des parties constituantes, du fond d'un seul œil. Cette inégalité est permanente.

Certains paralytiques généraux sont sujets à des attaques épileptiformes simulant même une véritable crise épileptique. L'inégalité papillaire, quoique inconstante, variable ou alternante, a chez eux une durée prolongée.

Après les crises épileptiques, il n'est pas rare de constater l'inégalité pupillaire, c'est même une cause assez fréquente d'erreur pour les novices, lorsque cette inégalité se trouve associée à des morsures de la langue, à une demi-stupeur et un certain degré de parésie ; on peut se croire en présence d'une paralysie générale en raison de l'affaissement intellectuel, des troubles de la motilité et de l'embarras de la parole dus à la morsure de la langue ; mais l'examen complet du sujet, l'analyse plus détaillée des symptômes et les renseignements anatomiques lèvent les difficultés. Dans ces cas, l'inégalité pupillaire peut persister un ou plusieurs jours.

Il n'est pas rare non plus de rencontrer l'inégalité pupillaire dans certains cas de névralgies de la face ou de migraines ophtalmiques; mais ici il y a des troubles vaso-moteurs unilatéraux, ainsi que des troubles de la sensibilité ; ici encore l'inégalité pupillaire présente une certaine durée.

Toutes ces inégalités pupillaires, sans compter celles qui se rattachent au goître exophtalmique, aux lésions du grand sympathique, aux lésions osseuses de voisinage, ou aux traumatismes de la moelle cervicale, ont une durée plus ou moins prolongée ; par cela seul elles se distinguent de l'inégalité pupillaire que nous étudions et dont la caractéristique est d'être momentanée, fugace, instantanée. Elle ressemble à celle qui est produite expérimentalement chez quelques sujets sains par l'occlusion prolongée durant quelques minutes des paupières d'un seul œil. A l'ouverture rapide de celles-ci, on peut souvent constater une dilatation passagère de l'œil ainsi soustrait à l'influence de la lumière, et par rapport à la pupille de l'autre côté une certaine inégalité de courte durée.

Nous n'avons constaté cette inégalité momentanée que chez les malades de notre service atteints d'épilepsie, nous ne l'avons pas observée chez les autres malades, ni chez

FEUILLETON

Eloge de M. L. Legouest,

Par M. le Dr CHAUVEL.

Professeur à l'Ecole de médecine du Val-de-Grâce (1)

Membre de l'Académie de médecine en janvier 1867, notre collègue y prend part aux discussions sur l'infection purulente (1869), sur la myopie dans l'armée (1875), sur la désarticulation de la hanche, pour laquelle il préfère le lambeau antérieur et la réunion secondaire. Un mémoire de M. Deneux sur un procédé pour reconnaître la présence et la nature des corps vulnérants métalliques engagés dans les plaies par armes de guerre lui fournit l'occasion d'un substantiel rapport où, non content de juger la valeur des réactions chimiques proposées, il étudie sous toutes ses faces le difficile problème de l'exploration et de l'extraction des projectiles perdus dans les tissus. Elu vice-président le 12 octobre 1880 en remplacement de Broca, subitement enlevé quelques semaines auparavant, M. Legouest occupa le fauteuil présidentiel durant l'année 1881. Il s'acquitta de sa tâche avec une exactitude toute militaire, et dirigea les débats avec un calme et une dignité qui ne se démentirent jamais.

La part attribuée à certaines casernes de Paris dans le développement de l'épidémie typhoïde de 1882 devait amener à la tribune le médecin inspecteur général de l'armée. Il montre les progrès accomplis par l'hygiène dans la propreté, l'alimentation, le casernement de nos soldats. Pour lui, les troupes sont la pierre de touche de la salubrité des villes par leurs conditions de réceptivité, et les deux populations, civile et militaire, s'influencent réciproquement. Dans l'armée, comme ailleurs, ajoute-t-il avec raison, les questions médicales sont souvent des questions de finances et les améliorations exigent du temps et de l'argent en même temps que de la persévérance et de la bonne volonté.

L'œuvre scientifique capitale de M. Legouest, c'est son *Traité de Chirurgie d'armée*. Dans la préface de sa seconde édition, il pouvait dire sans fausse modestie : « Depuis 1863, il a été plus facile d'écrire sur ce sujet; si tous les points laissés avant nous dans l'ombre n'ont pas été élucidés, du moins ont-ils été mieux indiqués et étudiés. » Quand parut, en effet, le livre de notre regretté maître, il n'existait rien de pareil dans notre littérature médicale. Dupuytren et Jobert avaient vieilli, les mémoires des deux Larrey, et la clinique de Baudens exprimaient surtout les résultats de l'observation personnelle. Riche d'une pratique de vingt années et de dix campagnes de guerre, le professeur du Val-de-Grâce était, mieux que personne, par un enseignement déjà mûri, en état d'écrire un Traité sur la Chirurgie

(1) Fin Voir le no 50, Janvier 1890

Digitized by Google

d'autres sujets. Elle n'a de rapport ni avec les attaques, ni avec les vertiges ; ce n'est pas un phénomène prodromique, ni un phénomène consécutif des états de mal. Son extrême fugacité en rend la constatation très difficile, car, si elle peut se reproduire chez le même sujet plusieurs fois de suite, à quelques secondes d'intervalle ou les jours suivants, elle peut, chez d'autres, ne se reproduire qu'une ou deux fois ou à des intervalles éloignés. Ce sont même ces raisons qui nous ont rendu très circonspect dans la recherche du phénomène.

Ainsi, à nos premières recherches, nous étions en présence d'un malade nous présentant cette inégalité. Nous regardions la pupille gauche à dimensions normales, puis la pupille droite qui nous paraissait plus dilatée; nous revenions à la gauche qui n'avait pas changé, puis à la droite qui, précisément, venait de reprendre ses dimensions normales et ressemblait à sa voisine, en sorte que nous pensions être le jouet d'une illusion de nos sens et gardions un silence prudent.

Mais en voyant le même phénomène se reproduire plusieurs fois chez le même sujet, ou se renouveler coup sur coup sur d'autres épileptiques, et assez fréquemment pour n'être plus dupe de nos sens, nous avons constaté la fréquence assez grande de cette inégalité momentanée, sans cependant en faire un symptôme banal ou général.

Pour bien l'étudier, il faut être seul avec le malade, à moins que l'entourage ne soit très silencieux; il faut, de plus, faire causer le malade, car c'est lorsque celui-ci cause, et surtout lorqu'il est impressionné vivement par ce qu'il veut dire, lorsqu'il y attache une très grande importance, que cette inégalité pupillaire apparaît. Si pendant l'observation, l'attention du malade est détournée par une question étrangère ou un autre motif, le phénomène ne se reproduit pas.

Il nous a paru se rencontrer plus fréquemment chez ces épileptiques qui, sous l'influence de l'émotion, éprouvent une difficulté quelconque à parler ou à s'exprimer ; elle nous a même paru associée en coïncidence ou en durée aux troubles émotionnels du langage, mais elle est cependant moins persistante que ceux-ci. De plus, les mouvements respiratoires semblaient irréguliers et paraissaient entrer comme facteurs, dans les troubles de l'articulation des mots, quoique relevant, eux aussi, de la même cause émotionnelle.

Je n'ai jamais observé cette inégalité momentanée chez les mêmes épileptiques en dehors de l'émotion ; elle ne se produit pas quand leur conversation roule sur des sujets qui leur sont indifférents.

Chez quelques-uns, le phénomène de dilatation, car nous n'avons pas observé l'inégalité par myosis, était assez prononcé et assez prolongé pour que nous ayons pu constater *de visu* la dilatation progressive de la pupille; souvent cette dilatation ne se fait pas progressivement ; elle paraît alternativement se dilater, se rétrécir, se dilater de nouveau. Nous avons pu constater ainsi six oscillations consécutives de dilatation et de rétrécissement ; notre attention ne s'est pas encore portée sur le mode de retour de la pupille à l'état normal ; nous ne saurions dire s'il se fait brusquement, lentement ou par le mécanisme d'oscillations inverses (1).

Si cette inégalité pupillaire momentanée recevait le contrôle d'autres observateurs et si, ce que nous croyons, elle ne se rencontrait que chez les épileptiques, elle pourrait contribuer à révéler l'existence de cette névrose, en faciliter le diagnostic et faire éviter des erreurs trop fréquentes quand ses manifestations restent cachées.

LE TRAITEMENT DES MALADIES

(REVUE BI-MENSUELLE DE THÉRAPEUTIQUE)

I. *Comment faut-il administrer la quinine dans la fièvre intermittente ?* — II. *Comment faut-il prescrire la quinine pour abaisser la température dans la fièvre typhoïde ?* — III. *Emploi de la quinine dans la maladie de Menière.* — IV. *Action contraire ou paradoxale de la quinine.*

Comment faut-il administrer la quinine dans la fièvre intermittente ? — Voilà une question éminemment

(1) CHARPENTIER. — De quelques troubles morbides pouvant indiquer l'épilepsie. 1885.

militaire. Fidèle à son programme, sobre de discussions et de théories, il formule nettement des préceptes basés sur l'observation et l'expérience. Nous signalerons parmi les plus importants : la ligature des deux bouts du vaisseau dans toute hémorrhagie traumatique, l'exploration immédiate dans les coups de feu, le débridement préventif, l'extraction immédiate des corps étrangers, à moins de contre-indication sérieuse. Les hémorrhagies consécutives sont étudiées avec soin, et les conditions générales qui favorisent leur production sont très nettement indiquées.

Ici encore, la double ligature dans la plaie est de règle, même si le sang est arrêté, alors qu'il vient probablement d'une volumineuse artère. Dans les traumatismes crâniens, la trépanation est formellement recommandée, si faibles qu'en soient les chances. Dans les plaies pénétrantes de la poitrine et de l'estomac, la recherche d'un projectile ne doit pas être à priori rejetée, et si l'intestin et les viscères sont intéressés, l'occlusion des plaies par suture peut encore sauver la vie.

Partisan convaincu de la conservation pour les fractures diaphysaires par coups de feu, notre collègue pensait alors que cette méthode expose à de déplorables mécomptes sur les lésions articulaires et que la résection, bien que de résultat médiocre, lui est parfois préférable.

Au décret du 3 mai 1848 par lequel le gouvernement provisoire donnait au Service de santé militaire une organisation rationnelle, au projet de loi élaboré et discuté en 1850, devant le ministre de la guerre, par une commission qui comptait dans son sein, Bégin, Alquié, Baudens, Michel Lévy, le décret-loi de 1852 répondit en refusant en même temps l'indépendance dans la direction de service et l'assimilation.

* *
*

Cependant la guerre de Crimée faisait bientôt sauter à tous les yeux les vices fondamentaux du système. Legouest, dans les hôpitaux de Constantinople comme pendant la campagne d'Italie, en put relever les inconvénients et les dangers. Sa correspondance avec le médecin en chef de l'armée, le baron H. Larrey, témoigne des difficultés que créait à tous l'autorité incompétente et d'autant plus susceptible du corps de l'Intendance militaire. Elle nous le montre dévoué, intelligent, énergique, doué des qualités qui font les véritables chefs. Aussi fut-il vivement apprécié par l'éminent chirurgien. Alors s'établit entre eux un échange de vues qui se continua pendant toute la carrière de M. Legouest, attentif et respectueux vis-à-vis du maître vénéré, prodigue pour lui comme pour tous (nul ne le sait plus que moi) de son temps et de son expérience.

Le 23 mai 1861, il remet au maréchal Randon une note sur le fonctionnement du service de santé en campagne, Il montre les variations incessantes de son organisation, il le fait voir as-

Digitized by Google

pratique dont nous avons déjà parlé (1). Il n'est pas inutile d'y revenir pour bien fixer la science à ce sujet.

D'après M. Jaccoud, il y a, au double point de vue de la clinique et de la thérapeutique, une grande différence entre le début *réel* d'un accès de fièvre intermittente et son début *apparent*.

Quel est son début *apparent* ? C'est le moment où le frisson éclate. Alors, la température atteint rapidement 39° à 40°. Ce frisson a été regardé à tort comme le vrai début de l'accès ; on a pensé à tort que cet accès se produit brusquement, quand au contraire, les recherches thermométriques ont démontré que quelques heures avant l'apparition du frisson, la température s'élève progressivement de 37° à 38° et de 38° à 39°.

Quel est alors son début *réel* ? Il n'est pas constitué par l'élévation de la température, mais bien par « un accroissement des combustions organiques se traduisant par une augmentation de l'urée dans les urines. » Voici, par exemple, un malade atteint de fièvre tierce, dont les accès sont bien réglés. Examinez d'une part, les urines provenant des douze heures les plus éloignées de l'accès, et celles qui ont été rendues pendant les douze heures les plus rapprochées de l'accès. Dans le premier cas, vous trouvez, par exemple, 20 gr. d'urée par litre dans les urines, tandis qu'il y en a 35 grammes pour le second cas. Donc, la conclusion s'impose: Le premier phénomène, chronologiquement parlant, dans la fièvre intermittente, n'est pas le frisson ; ce n'est même pas l'élévation thermique qui le précède, c'est l'augmentation plus ou moins considérable de l'urée dans l'urine.

Ce n'est pas tout. Dans les divers types de la fièvre intermittente, l'écart entre le début *réel* et le début *apparent* a une durée différente. Dans les fièvres quotidiennes, cet écart ne dépasse pas 2 heures; dans la fièvre tierce, il est de 6 à 8 heures; dans la fièvre quarte, il peut être de 12, 15 et même 18 heures. Cela signifie que, dans ce dernier cas, le chiffre de l'urée commence à augmenter 15 à 18 heures avant le frisson.

Ces principes connus permettent de fixer le mode et le moment d'administration de la quinine. Je vais tâcher de les résumer aussi nettement que possible :

1° L'action de la quinine se fait sentir seulement six heures après son administration. Donc, pour avoir le maximum d'effet d'une dose donnée, il faut prescrire cette dose six heures avant l'accès que l'on veut modifier ;

2° Puisque, dans une fièvre quotidienne par exemple, le début *apparent* de l'accès est constitué par le frisson, on commet une faute en prescrivant le médicament six heures avant ce frisson ; car alors, la quinine n'a pas encore eu le temps d'agir au moment de l'accès qu'elle ne peut modifier, mais comme le début *réel* de l'accès a lieu environ deux heures avant le frisson, c'est donc huit heures avant l'apparition présumée de celui-ci que l'on doit prescrire la quinine;

3° L'écart différent constaté entre le début réel et le début apparent des accès dans les divers types de fièvres intermittentes, permet de poser les règles suivantes pour l'administration de la quinine:

a). Dans la fièvre *quotidienne*, la quinine doit être administrée 8 heures avant le frisson, c'est-à-dire presque immédiatement après l'accès qui vient de finir :

b). Dans la fièvre *tierce*, la quinine doit être administrée 12 heures avant le frisson, c'est-à-dire avant le début apparent ;

c). Dans la fièvre *quarte*, l'administration du médicament doit être terminée dix-huit heures avant le frisson.

(1) *Revue gén. de clinique et thérapeutique*, n° 4, page 52, 1890.

---

servi par les réglements de l'an VIII, de 1831 et de 1836, aux commissaires des guerres et bientôt à l'intendance. Matériel plus que médiocre, personnel insuffisant, mal réparti, sans influence comme sans autorité, telles sont les conséquences d'une subordination illogique.

Rien n'était changé dans l'organisation du service de santé de l'armée, quand éclata soudain la guerre avec l'Allemagne. Malade depuis près de deux ans, Legouest revient de Plombières, il est nommé médecin en chef du 1er corps d'armée à Strasbourg. A peine a-t-il pris possession de son service que les batailles malheureuses de Wissembourg et de Reichshoffen le ramènent en arrière avec nos troupes décimées. Il arrive à Châlons, il est à Sedan avec le premier corps, il y reste pour soigner nos blessés. Quinze jours plus tard, les Allemands dirigeaient sur Mézières et Rouen, tous les médecins militaires français que la mort, la guérison ou l'évacuation de la plupart des victimes de Sedan avaient rendus disponibles. J'étais du nombre avec MM. Perrin et Legouest. J'eus le bonheur de les revoir à Rouen, mais ce dernier si maigre, si souffrant, si changé, qu'en le quittant je pensais bien lui avoir fait mes derniers adieux.

Chargé de différentes missions par la Délégation de Tours et de Bordeaux, obligé à de perpétuels déplacements, M. Legouest retrouva bientôt sa santé dans cette vie agitée. Médecin inspecteur, il vint défendre à Bordeaux, près du ministre de la guerre, avec le concours de ses collègues de l'armée et l'appui du professeur Charles Robin, sous-directeur ayant charge des services sanitaires, des projets de réorganisation faisant une large part à la direction médicale. Le decret allait paraître quand la capitulation de Paris, en supprimant la Délégation provinciale vint, une fois encore, tout remettre en question.

Mais, cette fois, l'ajournement ne devait pas être l'abandon. L'opinion publique soulevée ne le permettait plus. Impressionné lui-même par des revendications dont la presse, les autorités médicales les civiles se faisaient chaque jour les interprètes, le ministre de la guerre venait, en juin 1873, demander à l'Académie de médecine son avis sur les rapports à établir entre les pharmaciens et les médecins militaires.

La commission, par l'organe de son rapporteur, l'illustre et regretté Broca, élargit la question et la plaça nettement sur le terrain de l'autonomie du corps de santé de l'armée. Le baron H. Larrey, Sédillot, Legouest, d'autres encore, vinrent appuyer cette interprétation et l'Académie, la sanctionnant à son tour, votait à la fin de débats, trop passionnés parfois, cette conclusion qui ne pouvait laisser prise à l'équivoque : « L'organisation actuelle du service de santé militaire ne répond pas aux besoins et aux intérêts de l'armée. Il est nécessaire que ce service soit placé sous la direction d'un chef pris dans son sein, appartenant

Digitized by Google

4° La quinine doit être prescrite à doses massives, et non à doses fractionnées. Pourquoi? Parce qu'elle est éliminée rapidement par les urines. Or, comme le dit M. Jaccoud, si vous procédez par fractionnement à longue distance, *vous n'obtiendrez jamais l'action totale* de la dose que vous prescrivez. Fractionnez la dose, si cela est nécessaire pour ménager l'estomac de vos malades, mais alors faites prendre chaque fraction à des intervalles rapprochés ; en un mot, il faut que la dose totale du médicament soit prescrite en trois quarts d'heure, ou une heure au plus.

II. **Comment faut-il prescrire la quinine pour abaisser la température dans la fièvre typhoïde ?** — Beaucoup de praticiens administrent encore la quinine dans la fièvre typhoïde de la façon suivante : ils prescrivent, par exemple, un gramme en deux ou quatre fois et à intervalles éloignés dans la journée. Dans ces conditions, ils ne produisent aucun effet thérapeutique, et n'obtiennent que très rarement un abaissement de la température fébrile. La raison en est facile à comprendre. Quoique Manasséin ait démontré que la quinine est retenue plus longtemps dans l'organisme des fébricitants que chez les individus sains, tout le monde est d'accord pour admettre : 1° que ce médicament commence à s'éliminer par les urines, déjà au bout de dix minutes ; 2° qu'après douze heures toute la quinine absorbée s'est éliminée par cette voie ; 3° c'est surtout pendant la sixième heure qui suit l'ingestion du médicament que cette élimination devient abondante. Il en résulte que ces petites quantités de quinine (0,25 ou 0,50 centigr. chaque fois) seront insuffisantes pour atteindre le mouvement fébrile, et que l'effet d'une dose ne pourra s'ajouter à celui de la dose précédente, parce qu'en raison de son élimination rapide, elle aura disparu de l'organisme qu'elle ne pourra plus dès lors impressionner.

Conclusions : 1° Dans la fièvre typhoïde, il faut prescrire des doses fortes de quinine, et dans un temps très court, par exemple 1 gr. 50 de quinine à deux grammes dans l'espace d'une heure. Diviser cette dose et la répartir dans toute la journée, c'est ne rien faire au point de vue de l'antipyrèse ;

2° Il faut prescrire cette dose 6 à 8 heures avant l'exacerbation fébrile qu'on veut combattre, par exemple un gramme ou un demi gramme le matin à 10 heures et un autre gr. à 11 heures du matin ;

3° La quinine administrée à doses massives a une action fébrifuge. Administrée à doses fractionnées, elle n'a plus qu'une action tonique.

Cette dernière conclusion est la confirmation de cette vérité : en thérapeutique, il ne s'agit pas seulement de connaître les indications d'un médicament, il faut encore savoir l'appliquer suivant la nature de l'action que l'on veut obtenir. C'est ainsi, comme on l'a dit, que dans un médicament il y a plusieurs médicaments.

La quinine, à petites doses, agit comme tonique, et je recommande à ce sujet la formule suivante :

Extrait de quinquina.....	8 gr.
Sulfate de quinine.....	2 gr.

Pour 80 pilules. Prendre 2 pilules matin et soir aux repas.

Pour revenir à la médication quinique dans la fièvre typhoïde, j'ajouterai que je me suis bien trouvé dans certains cas, de l'association à parties égales de l'antipyrine à la quinine. On peut prescrire ainsi le matin vers onze heures, et le soir vers quatre ou cinq heures (au moment de l'exacerbation fébrile), un des cachets suivants :

Bromhydrate de quinine.....	ââ 5 grammes.
Antipyrine.....	

Pour dix cachets. Deux cachets par jour.

à la profession médicale, et ayant dans ses attributions tout ce qui concerne le service de santé. »

L'Assemblée nationale, dont la commission de l'armée avait accepté le même principe éloquemment défendu par le professeur Buisson, de Monpellier, se sépara avant de discuter la loi sur l'administration. C'est au Sénat, nouvellement créé, que le ministre de la guerre soumit le projet préparé dans ses bureaux. Membre du conseil de santé en 1874, son président depuis la fin de la même année, M. Legouest était devenu le représentant officiel de la médecine militaire. C'est à ce titre qu'il fut appelé devant la commission du Sénat, et, plus tard, devant les multiples commissions de la Chambre des députés, qui étudièrent le malheureux projet de loi constamment amendé, modifié ou ajourné. Il y défendit avec une conviction ardente, mais aussi avec une grande dignité, les intérêts du Corps de santé. Il y montra l'Intendance s'immisçant dans l'hygiène et même dans le traitement des malades, et plutôt que de s'avouer impuissante, proposant, par l'organe du général de Chanal et de l'intendant Vigon-Rousillon, la démilitarisation et l'annulation du service de santé militaire au profit des Sociétés de secours.

Bien des fois, devant des atermoiements sans motif et sans fin, M. Legouest avait sollicité des ministres un décret, un projet de loi spécial, séparant le service de santé de l'administration. Même arrivé près du but, il lui fallait défendre contre des collègues timorés ou au contraire trop impatients, la législation de 1881 et ses suites. A des notes parfois très violentes en la forme, il répondait sagement : « Il faut beaucoup compter sur le temps en pareille affaire. Les réformes, au lieu de s'imposer, se proposent. »

Médecin-inspecteur général, M. Legouest se préoccupa plus que jamais des intérêts du corps dont il était le chef hiérarchique. Pour assurer son recrutement, il prépara la création d'une école près la Faculté de médecine de Lyon. Ce projet, un instant abandonné, est devenu un fait accompli, grâce à l'énergie de la Direction médicale. Les premiers directeurs du service de santé des corps d'armée furent nommés et installés ; les médecins-chefs prirent le commandement dans les hôpitaux. Chaque jour marquait un pas en avant. Cependant, habitué à beaucoup lutter pour n'obtenir que peu, prudent par nature et par expérience, notre vénéré maître ne voyait pas sans un certain effroi, les tendances de la génération médicale nouvelle. Si l'autonomie de 1882 ne réalisait pas son rêve, il craignait qu'en demandant davantage, on ne s'exposât à perdre ce qui ne lui paraissait encore qu'incomplètement acquis. Il ne pouvait croire que l'intendance eût dit son dernier mot ; il redoutait les embûches administratives. Ses appréhensions, fort heureusement, ne se réalisèrent pas, et, au moment de sa mise en retraite, il eut le bonheur de voir le Corps de santé militaire possesseur incontesté

Digitized by Google

Enfin, j'ai déjà dit que le mode d'administration des médicaments change nécessairement, suivant la rapidité ou la lenteur de leur élimination, et je rappelle encore à ce sujet cette observation bien instructive ; Un malade atteint d'épilepsie nocturne prenait sans aucun succès 6 grammes de bromure de potassium en trois fois dans la journée. Or, en m'appuyant sur la promptitude d'élimination du médicament, j'ai compris que les deux grammes prescrits le soir étaient seuls capables d'agir, et qu'ils étaient insuffisants. Je prescrivis alors seulement 4 gr. de bromure par jour, mais à la condition de les prendre le soir (deux grammes à huit heures du soir, et deux grammes à dix heures). Sous cette influence, les accès nocturnes disparurent, alors qu'ils avaient résisté à une dose plus élevée du médicament, prescrite en plusieurs fois.

III. **Emploi de la quinine dans la maladie de Ménière.** — Tous les praticiens connaissent les tortures des malades, en proie au vertige de Menière. Quelquefois, ce vertige est permanent à ce point que les malades n'osent plus se lever ni faire un pas, et qu'ils sont obligés de rester dans la plus complète immobilité. La seule médication utile, sur laquelle M. Charcot insiste avec raison, est la médication quinique. Elle peut avoir raison des cas les plus graves et les plus rebelles dans l'espace de six semaines ou deux mois. Les malades doivent prendre 0,80 centigr., à un gramme de sulfate de quinine par jour ; souvent, pendant la première semaine, on note une exaspération des symptômes, une plus grande fréquence avec une intensité insolite des bruits auriculaires. Il ne faut pas cesser la médication pour cela ; car, le plus souvent, dès la seconde semaine, on note déjà un amendement considérable de tous les symptômes.

En résumé, la médication quinique doit être ainsi instituée dans la maladie le Menière : Le malade prend le sulfate de quinine pendant 15 jours d'abord aux doses de 0,60 centigr., à un gramme par jour, pris en deux ou trois fois ; il supprime le médicament pendant 8 jours, pour le reprendre encore pendant 15 jours, et ainsi de suite, jusqu'à ce que le malade soit délivré de son mal ; et c'est ce qui arrive habituellement après trois ou cinq reprises de la médication. Mais, il n'est pas inutile de faire remarquer que le vertige chronique et permanent, résiste en général beaucoup plus à la médication que le vertige par accès.

Le salicylate de soude (aux doses de 4 à 6 gr.) peut être considéré, dans ces cas, comme un utile succédané de la quinine ; mais, il agit moins bien et moins sûrement.

IV. **Action contraire ou paradoxale de la quinine.** — Je me rappelle avoir vu, il y a quelques années, une malade qui ne pouvait prendre la moindre dose de quinine sans être atteinte, une heure ou deux après, d'une éruption scarlatiniforme très accusée sur la face et sur le tronc avec démangeaisons très vives ; d'autres fois, cette intolérance médicamenteuse se traduisait par de véritables accès de fièvre, par une violente céphalalgie et par des troubles visuels tels que la photophobie et l'amblyopie. Pour expliquer tous ces accidents, on a incriminé l'impureté de la quinine, son mélange avec une certaine quantité de cinchonine, par exemple. Mais, comme ces accidents ne se produisent que sur un nombre très restreint de malades, on est bien obligé de les rapporter à une susceptibilité médicamenteuse du sujet.

M. Trasbut (d'Alger) vient d'appeler de nouveau l'attention sur « l'action contraire de la quinine. » Voici l'observation qu'il rapporte : Un homme de 32 ans, en Algérie, depuis une dizaine d'années, était

---

de l'autorité qu'il tenait de la loi.

Le 18 mai 1885, tous les officiers du Corps de santé militaire de Paris et des départements voisins offraient un punch d'adieu à leur Médecin-inspecteur général.

A la médecine militaire, M. Legouest laisse un noble et bel exemple. Il sut être à la fois l'homme de science qui travaille pour apporter sa pierre à l'édifice du Progrès, et le chef militaire qui, s'il exige de ses subordonnés l'obéissance et la discipline dont il donne le premier l'exemple, consacre à la défense de leurs intérêts, avec son temps et sa peine, la haute influence qu'il a conquise dans le monde savant. La reconnaissance élève et grandit l'obligé. Aujourd'hui, possesseur de la situation si longtemps désirée, le Corps de santé de l'armée ne saurait oublier sans déchoir ceux qui pendant des années ont lutté pour lui ouvrir la route, aplanir les obstacles et vaincre les résistances. M. Legouest fut au premier rang parmi ces combattants ; il m'est doux de lui avoir rendu justice.

NECROLOGIE

En France : MM. les Drs *Andrieu* (de Paris), *Niverd* (de Neufchâtel sur Aisne), *Gautier* (de Mamers), *Destrez* (de Fraillecourt et *Delarbre* (de Chambon, *Lorraine* (d'Orléans), *Villeneuve* (ancien député de la Seine), *Marinata* (ancien médecin de la marine), *Félix* (de l'Isle-sur-Sorgue); *Herbet*, professeur de clinique chirurgicale et directeur honoraire de l'Ecole de médecine d'Amiens ; *Guillaume Rawson*, ancien professeur à la Faculté de médecine de Buenos-Ayres, décédé à Paris ; *Marcel* (à Paris), *Coliez* (le Longwy), *Aynard* (de Coursan). — Nous avons annoncé dans notre dernier numéro au moment de mettre sous presse, la mort de M. *Blachez*, ancien agrégé de la Faculté de Paris et médecin de l'hôpital de la Charité. Il est l'auteur de plusieurs travaux estimés sur les maladies du cœur et du poumon ; d'une thèse inaugurale sur les troubles fonctionnels du foie dans la *dothiénentérie*, d'une thèse d'agrégation sur la *stéatose* et d'une édition du *Traité du diagnostic de Racle*.

En Belgique : M. le Dr *Wehenkel*, professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Bruxelles et vice-président de l'Académie de médecine de Belgique.

En Angleterre : M. le Dr *Gull*, médecin à Guys' Hospital et professeur de physiologie à l'Institut Royal. Parmi ses travaux, il faut citer ceux sur les paralysies, sur l'artério-sclérose et son traité de l'hypochondrie.

Digitized by Google

atteint d'accès de fièvre. En 1882, il avait pris de la quinine sans en être incommodé ; mais en 1884, l'effet contraire de ce médicament était évident pour lui et pour son médecin. En 1889, on lui prescrit à plusieurs reprises du sulfate de quinine aux doses d'un gramme ou d'un gr. 50 centigr. Une ou deux heures après, il survenait un accès de fièvre assez intense, et la température s'élevait rapidement de 37° à 40° 3. (*Bull. méd. de l'Algérie*, janvier 1890). On cessait la quinine, et les accès fébriles disparaissaient.

A l'étranger, d'autres auteurs parmi lesquels, Leichtenstein (*Soc. méd. de Cologne*, 1884), Merkel, (*Deutsch. Arch.* Bd. 38, p. 356), Herlich, etc. ont cité des faits semblables, non seulement pour la quinine, mais aussi pour l'antipyrine et le salicylate de soude.

Conclusion : La quinine peut provoquer des accès de fièvre simulant les accès de fièvre palustre. Mais, malgré son action contraire, elle peut encore être administrée avec un certain succès, puisqu'elle conserve ses effets curatifs.

Henri Huchard.

CLINIQUE THERAPEUTIQUE

MÉDECINE

Caractères communs et particuliers de 450 cas de grippe épidémique,

par M. le Dr A. BLOCH,
Ancien interne des hôpitaux de Paris
Ex-médecin de l'hôpital du Havre (1)

Complications pulmonaires. — J'ai observé deux cas de pneumonie survenus du septième au huitième jour, mais la défervescence eut lieu rapidement, l'une au troisième jour de son apparition, et l'autre au quatrième jour. La pleurésie a été aussi une complication de la seconde période ; je l'ai rencontrée quatre fois vers le huitième jour de la grippe, alors que la fièvre avait complètement cessé. Ces pleurésies avaient pour caractère de disparaître très-vite, au bout de quatre jours.

J'ai considéré le catarrhe bronchique comme faisant partie du groupe des symptômes de la deuxième période ; et, en effet, dans nos observations, il y a bien plus de cas de bronchites survenues à ce moment que pendant la période fébrile, et lorsque le catarrhe débutait en même temps que la fièvre, il augmentait presque toujours d'intensité, après la cessation de cette dernière.

Quelle est la nature de la bronchite qui se manifeste dans la grippe épidémique ? Il est évident qu'elle n'est pas une maladie *a frigore*, comme beaucoup de trachéites et de bronchites qui prennent naissance pendant la saison des rhumes. Elle est une variété de catarrhe semblable à celui qui se présente dans le cours de la fièvre typhoïde, en un mot, c'est une bronchite symptomatique de l'infection de l'organisme. La fièvre elle-même de la grippe représente une espèce de *réduction* de la fièvre typhoïde. J'ai énuméré les divers symptômes que j'ai eu l'occasion de rencontrer dans la deuxième période de la maladie.

De quelle manière se combinent-ils dans nos différentes observations?

A ce point de vue, l'on peut diviser ces observations en trois séries.

1° Celle dans laquelle la guérison suit immédiatement la cessation de la fièvre, sans rhume ou avec un rhume de peu d'importance.

2° Celle dans laquelle le catarrhe bronchique est le symptôme prédominant, catarrhe qui peut s'accompagner de céphalalgie, d'inappétence, de faiblesse des membres inférieurs, etc.

3° Celle dans laquelle il n'y a pas de rhume, mais où la céphalalgie, l'inappétence et la faiblesse des membres inférieurs se prolongent pendant plusieurs jours et même plusieurs semaines. Ces trois types sont souvent très-distincts.

Certains auteurs décrivent trois formes de la maladie : 1° nerveuse, 2° catarrhale, 3° gastrique. Mais la forme catarrhale se combine presque toujours avec des troubles nerveux et des troubles gastriques (ce sont les observations de la deuxième série.)

Quant à la forme gastrique, elle s'allie le plus souvent à des troubles nerveux (observations de notre troisième série) et en réalité cette forme, dite gastrique, n'est qu'une manifestation de la grippe du côté des centres nerveux abdominaux. En somme, toutes les formes de la grippe épidémique démontrent qu'il y a une intoxication générale de tout le système nerveux.

En ce qui concerne les manifestations de la première période, c'est-à-dire de la période fébrile, elles sont à peu près les mêmes dans tous les cas. Chez trois malades seulement j'ai observé, en plus des symptômes ordinaires, un gonflement rougeâtre de la face et des paupières, avec injection de la conjonctive. Deux d'entre eux eurent en même temps des plaques rouges sur la poitrine.

Un malade fut pris d'une syncope dès le début ; quelques-uns eurent des vomissements bilieux pendant la fièvre. Il est visible que chacun réagit à sa manière, suivant le degré de résistance du système nerveux et suivant l'intensité de la fièvre.

Etat des malades avant la grippe. — Un grand nombre de malades ont été atteints de la grippe en pleine santé, sans qu'il y ait eu le moindre prodrôme; mais chez d'autres, le rhume avait précédé la fièvre pendant une période plus ou mois longue. Ces derniers toussaient déjà depuis quelque temps, depuis huit et même quinze jours, sans avoir été autrement souffrants, lorsque tout d'un coup, les accidents fébriles ont fait leur apparition. Ainsi donc ils étaient déjà en possession d'un rhume, et malgré cela, ils ont été atteints d'une autre forme de rhume, appelée grippe épidémique, qui s'est greffée sur le premier.

Trois phtisiques et un emphysémateux furent légèrement atteints et guérirent de la grippe, sans aggravation de leur état. Un quatrième tuberculeux eut une congestion pulmonaire qui se dissipa, mais qui parut avoir augmenté l'étendue de la caverne.

L'âge des malades a été très variable. Le plus jeune est un enfant de 15 mois, qui à la suite de la fièvre, eut un léger coryza et un rhume sans gravité. Le plus âgé est une femme de 75 ans, qui n'a eu qu'un léger catarrhe, et cependant, elle avait eu l'année précédente une bronchite aiguë, beaucoup plus forte, mais non épidémique.

Influence de la grippe sur le retour des maladies antérieures. — J'ai remarqué souvent que des maladies antérieures, depuis longtemps guéries ou considérées comme telles, se réveillaient de nouveau dans la deuxième période de la grippe épidémique. Ainsi, chez une névropathe qui depuis plusieurs années ne souffrait plus de ses malaise ordinaires, cette seconde période fit de nouveau renaître des vertiges, des étouffements, de la gastralgie ; chez une autre il y eut de fortes palpitations et de la dyspepsie ;

(1) Fin. Voir le nc 6 : 30 janvier 1890.

Digitized by Google

chez un troisième une récidive d'arthrite rhumatismale.

Mais le cas le plus probant est celui d'un alcoolique qui, depuis plusieurs années, avait renoncé à la boisson, et qui cependant eut une attaque de *délirium tremens* pendant la deuxième période de la grippe, c'est-à-dire après la disparition complète de la fièvre. Il est intéressant de noter que ce n'est pas dans le cours même de la fièvre que le délire éclata.

D'un autre côté, j'ai vu le catarrhe bronchique de la deuxième période engendrer la coqueluche chez un enfant de huit ans.

Enfin, j'ai vu un épileptique avoir des crises plus nombreuses à la suite d'une atteinte de grippe. Mas je dois ajouter que certains symptômes, comme les vertiges, la dyspepsie, la gastralgie et d'autres névralgies, peuvent apparaître dans la deuxième période, sans qu'ils aient jamais existé auparavant.

Traitement. — Le médicament que j'ai particulièrement employé, outre les sirops pectoraux, opiacés et belladonés, est le sulfate de quinine ; j'utilisai cette substance dans trois buts différents:

1° Comme prophylactique ; 2° comme fébrifuge ; 3° comme antinévralgique.

J'ai eu l'occasion, dans le courant de l'épidémie, de prescrire le sulfate de quinine, à titre de prophylactique, à un certain nombre de personnes qui m'avaient demandé un *préservatif*.

Quelques-unes d'entre elles ne furent pas atteintes ; toutes les autres n'eurent qu'une légère fièvre, suivie immédiatement d'une guérison complète.

Aux adultes je conseillai: 0,50 à 0,60 centi gr. de sulfate de quinine pendant trois jours seulement, aux enfants 0,20 centigr. par jour pour une même durée.

A ce propos je citerai un fait qui me paraît avoir un véritable intérêt, en ce sens qu'il se rapporte à une question qui est à l'ordre du jour, je veux parler de l'antisepsie médicale.

Ayant eu à traiter, pendant le mois de décembre dernier, au plus fort de l'épidémie, plusieurs cas de blennorrhagie, j'employai le salol à raison d'un gramme par jour pendant dix jours consécutifs. On sait que le salol se décompose dans le duodénum en acide phénique et en acide salicylique, sous l'influence du suc pancréatique. Les sujets en question se trouvaient donc dans d'excellentes conditions antiseptiques pour ne pas être atteints d'une maladie infectieuse.

Malgré cela, ils eurent tous la grippe épidémique, avec forte fièvre et bronchite consécutive, bien accentuée, et cette grippe survint dans le cours même du traitement par le salol.

2 Je me suis également servi du sulfate de quinine, lorsque la fièvre se prolongeait au-delà de deux jours. Je ne prétends pas soutenir que le sulfate de quinine possède le pouvoir de faire disparaître la fièvre, une fois qu'elle est bien établie, mais je pense que ce précieux médicament permet au système nerveux de lutter avantageusement contre le danger de l'infection.

3° Enfin j'ai employé la quinine dans les cas où la céphalalgie de la 2e période résistait à l'antipyrine, à la belladone, et à d'autres médicaments. Elle a été plusieurs fois le seul remède efficace contre ce symptôme, et à plus forte raison, contre les névralgies frontales.

Dans les pleurésies et les pneumonies, j'ai appliqué des vésicatoires dès le début, et j'ai prescrit en même temps la quinine et le régime lacté (1 litre de lait par jour, au minimum).

Contre l'anorexie persistante et l'état saburral de la langue, les purgatifs n'ont eu aucun effet sensible. J'ai vu de ces malades qui, d'eux-mêmes, avaient déjà pris deux ou trois purgatifs avant de consulter le médecin, et qui, malgré cela, n'avaient pas vu leur appétit revenir.

Les vomitifs ont été plus utiles, et néanmoins, ils n'ont pas toujours rendu l'appétit à ceux qui l'avaient perdu à la suite de la grippe épidémique. Il semble que la durée de la maladie ne peut être abrégée, et qu'il faut un temps déterminé et variable suivant les cas, jusqu'à la restauration complète de l'organisme.

En attendant ce moment, le quinquina peut être employé avec avantage, concurremment avec le régime lacté jusqu'au retour de l'appétit.

Sur les 450 cas de grippe épidémique que j'ai observés, deux malades sont encore en traitement pour le catarrhe bronchique. Tous les autres sont guéris ou en voie de guérison. Deux d'entre eux croient avoir eu une récidive qui ne me paraît pas bien démontrée (1).

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

OTOLOGIE

De la réaction électrique du nerf acoustique et de sa représentation graphique, par le Dr Giuseppe Gradenigo — Naguère l'auteur avait essayé de démontrer que l'épreuve électrique du nerf acoustique, dans les maladies de l'oreille et dans quelques affections cérébrales, avait une grande importance au point de vue du diagnostic et du pronostic. Depuis lors, quelques-unes des conclusions de l'auteur ont été l'objet de graves objections dont les deux principales concernent, l'une la possibilité d'obtenir une réaction électrique du nerf acoustique chez les individus sains ; la seconde, l'interprétation de ce qu'on appelle la *réaction facile*. L'auteur a été conduit, par suite, à reprendre ses observations et les conclusions auxquelles elles l'ont conduit, tout en ne différant pas beaucoup des précédents, l'amènent à préciser certains détails et à modifier dans un sens moins absolu certaines de ses affirmations (*Arch. of the* t. XXVIII, 3 livr. 1889).

Pour les détails de ces nouvelles observations, nous renverrons au texte allemand, et nous nous bornerons, comme pour les articles précédents sur le même sujet, à enregistrer les résultats obtenus.

Par suite de la grande fréquence des maladies de l'oreille et du système nerveux, on ne peut, dans l'étude de la réaction électrique du nerf acoustique chez les personnes saines, utiliser toutes les observations avant d'avoir constaté, par un examen fonctionnel attentif et l'exploration objective, que les sujets sont bien effectivement sains.

Chez les personnes réellement saines, on réussit à obtenir une réaction électrique du nerf acoustique dans 5 à 12 0/0 des cas.

Chez les personnes saines, sur lesquelles on réussit à obtenir une réaction, il faut habituellement pour cela une intensité de courant de 10 à 16 M. A., mais toujours supérieure à 6 M. A., dans la première séance et la formule de réaction est toujours incomplète ; tandis que chez les sujets affectés de maladies d'oreille ou du système nerveux on obtient une réaction et une formule plus ou moins incomplète, habituellement, avec

(1) Ce travail était terminé, lorsque l'un des malades, qui avait été atteint de pneumonie, fut pris trois jours après la guérison, de néphrite albumineuse et d'éclampsie urémique. La maladie de Bright est donc une conséquence possible de la grippe épidémique.

Digitized by Google

une force du courant de 1 à 3 M. A., mais toujours inférieure à 6 M. A.

Ces résultats méritaient d'être notés; ils sont assez nets pour permettre d'espérer que l'on arrivera à tirer un parti sérieux de l'exploration électrique pour le diagnostic des maladies de l'oreille, et nous ne saurions trop féliciter l'auteur de la persévérance avec laquelle il poursuit ces recherches longues et difficiles, que nous continuerons à suivre avec le plus vif intérêt.

L'oreille du criminel, par le Dr Giuseppe Gradenigo. — A l'instigation de M. Lombroso, l'auteur a effectué une série de recherches sur l'oreille des criminels. Nous nous contenterons de signaler cet article à nos confrères qui s'occupent plus spécialement d'anthropologie criminelle, et d'indiquer brièvement les résultats obtenus.

1° Chez les hommes criminels, on rencontre relativement un bien plus grand nombre de cas d'audition défectueuse que chez les autres individus. Il en est de même, à un moindre degré, pour les femmes. (*Arch. Ohrk.* XXVIII 3 décembre 1889.

2° La diminution de l'ouïe est due, dans la plupart des cas, à des affections inflammatoires de l'oreille moyenne et interne; dans quelques cas seulement on constate une forme de dyscrasie due plutôt à un état de dégénérescence de l'oreille qu'à des lésions de caractère inflammatoire.

3° La diminution de l'ouïe n'a aucun rapport constant avec la diminution du sens tactile, du goût et de l'odorat, que l'on rencontre fréquemment chez les criminels. Dr A. Joly (de Lyon).

CHIRURGIE

De l'arthrectomie dans certaines formes graves de rhumatisme articulaire aigu, par M. le Dr Dubajadoux. — Cette question n'est indiquée, cela va sans le dire, que dans les cas rebelles où le rhumatisme est déformant, et reste un défi à la thérapeutique (*Arch. de médecine militaire*, janvier 1890).

Notre distingué confrère en a fait usage dans deux cas, l'un de rhumatisme noueux articulaire du genou, l'autre de rhumatisme polyarticulaire au début, avec localisation plus durable sur le genou. L'arthrotomie donna, avec les meilleurs résultats : abolition de la douleur, la chute de la fièvre en 10 jours, et sans autre médication, la résolution des phénomènes articulaires. Il existait un léger épanchement et des villosités, mais le cœur était indemne.

M. Dubajadoux conseille d'intervenir promptement, dès que le diagnostic du rhumatisme déformant est bien établi, de pratiquer des lavages prolongés à l'eau phéniquée, des injections abondantes d'éther chloroformée, et de placer un petit nombre de drains dès le premier pansement. De plus, on doit imprimer des mouvements de l'articulation, dès que la cicatrisation est complète.

S. R.

REVUE DES LIVRES

Physiologie de la trachée et des bronches, par M. le Dr Nicaise, agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien de l'Hôpital Laënnec (Félix Alcan, Paris 1889).

L'impulsion imprimée dans le cours du siècle à la physiologie expérimentale n'a pas été stérile. Poursuivant avec une infatigable ardeur la voie si brillamment ouverte par leurs devanciers, les physiologistes modernes en reculent chaque jour les limites par des recherches, dont la médecine recueille les bénéfices. Au nombre de ces laborieux investigateurs figure en bon rang M. Le Dr Nicaise. Le travail qu'il vient de publier en témoigne complètement. Jusqu'à ce jour la physiologie du larynx et des poumons avait exclusivement attiré l'attention des observateurs. M. Le Dr Nicaise, en faisant paraître son opuscule, a donc comblé une lacune.

Les expériences ont été faites sur des chiens vivants et non anesthésiés. Commencées en 1878 et reprises en 1889, elles ont conduit M. le Dr Nicaise à des conclusions d'autant plus importantes qu'elles sont en opposition avec les idées admises jusqu'à ce jour.

En ce qui touche la trachée : 1° à l'état normal, dans la respiration calme, la trachée est en contraction, et cela dans les deux temps de la respiration.

Dans la respiration forte, le cri, le chant, le gémissement, la trachée se dilate et s'allonge pendant l'expiration ; le larynx monte. Elle se rétrécit et se raccourcit pendant l'inspiration ; le larynx descend. La dilatation de la trachée est en raison directe de la force de l'expiration, et du degré du rétrécissement de la glotte. La dilatation a son point maximum à la partie supérieure du conduit trachéal . Elle est due à la pression mécanique de l'air intra-trachéal refoulé par les forces expiratrices. La texture anatomique de la trachée (portion membreuse et inter-annulaire) en faisant du conduit un tube flexible, lui permet de se dilater.

2° Le troisième chapitre est consacré à la physiologie des bronches. Les phénomènes observés dans les conduits aériens sont identiques à ceux que l'auteur a observés pour la trachée. Ils n'en diffèrent qu'en ce qui concerne le mouvement des bronchioles terminales pendant l'expiration forte. Le lecteur reconnaîtra l'anatomiste distingué dans les développements histologiques dans lesquels M. le Dr Nicaise entre à cette occasion. Nous ne saurions également passer sous silence le paragraphe réservé à la durée des mouvements respiratoires redoublés, à l'examen des bruits respiratoires perçus pendant les deux temps de la respiration extra et intra-pulmonaire.

3° Enfin l'auteur termine par les déductions pathogéniques et pathologiques. Il en est une qui attire tout particulièrement l'attention : celle relative à l'expectoration et à son mécanisme. L'opinion générale veut que l'expulsion des crachats soit due à la contraction des bronches et à leur rétrécissement pendant l'expiration. Telle est en effet la manière de voir de Longet, Béclard, Beaunis et Dubar, etc. Les expériences de l'auteur lui ont démontré que l'inverse se produit comme nous l'avons vu plus haut : trachée et bronches se dilatant pendant l'expiration et se redressent pendant l'inspiration. Ce n'est donc pas par le rétrécissement des bronches que les crachats cheminent, mais en grande partie par la contraction des cils vibratiles de la couche épithéliale. Parvenus à l'extrémité supérieure de la trachée, ils sont expulsés par une expiration brusque et un accès de toux. Ne serait-ce pas en effet en stimulant l'action propulsive que ces cils possèdent qu'agiraient les excitants balsamiques ; térébenthine, goudron, polygala?

Cet opuscule renferme tous les éléments d'un gros volume. Le lecteur en regrettera comme nous la brièveté. M. Nicaise, en le publiant, a prouvé que l'on peut être à la fois un habile opérateur et un distingué physiologiste.

Dr Cazenave de la Roche.

REVUE DES THÈSES

Des signes physiques de la pleurésie et de leur valeur séméiologique, par le Dr Hue. (*Thèse de* Paris, 1889).

La lecture de cette thèse ne devra pas être conseillée à l'étu-

Digitized by Google

diant au début de ses études; il y verrait qu'aucun des signes classiques de l'épanchement pleurétique ne peut être considéré comme pathognomonique, ces signes pouvant se rencontrer en l'absence de tout épanchement. Il lui resterait comme unique ressource à s'armer d'un aspirateur et à faire la ponction exploratrice. En supposant même que le corps de la seringue se remplît de liquide, il lui faudrait encore vérifier au microscope si ce liquide ne contient pas de crochets, pour dissiper tous ses doutes. N'est-ce pas le cas de dire que trop de science nuit, en conduisant au scepticisme et à l'abstention ?

Ainsi l'abolition totale des vibrations thoraciques, la perte de la sonorité du thorax, une matité dure, douloureuse au doigt sur une certaine zone, le bruit skodique dans la région sous-claviculaire, un souffle doux, voilà, avec l'égophonie, des signes qui ne suffisent plus pour caractériser une pleurésie, depuis que ces signes ont été observés dans la splénopneumonie d'invention nouvelle ! Certes quelques-uns d'entre eux ont pu être parfois observés. Est-ce à dire pour cela qu'ils ont perdu toute valeur dans le diagnostic de la pleurésie. Grisolle, Trousseau, Woillez connaissaient ces faits exceptionnels, et cependant ils n'avaient pas besoin d'une seringue pour établir le diagnostic d'un épanchement pleural !

Dr H. Marciguey.

La caféine action tonique et excitante des injections sous-cutanées, Par le docteur Amat. (*Th. de Paris*, 1889.)

Dans l'étude de la caféine, on s'est occupé surtout de son action tonique sur la fibre cardiaque et des modifications de la sécrétion urinaire, qui en sont les résultats. Mais cet alcaloïde se localise pas exclusivement son influence sur le cœur; les centres nerveux, et en particulier le système bulbo-spinal, en ressentent aussi les effets. (Voir *Rev. génér. clinic. et thérap.* 1888, p. 54).

L'auteur, s'appuyant sur la pratique de M. Huchard, nous montre que la caféine en injections sous-cutanées augmente le pouvoir excito-moteur des centres bulbaires, et est ainsi un médicament précieux comme stimulant général dans tous les états adynamiques et, avec retentissement sur le cœur.

Comme il le met en évidence, l'influence du fonctionnement du cœur sur l'évolution de la maladie est capitale, l'état de cet organe domine la situation et peut constituer le principal danger. Qu'il s'agisse d'une affection broncho-pulmonaire aiguë, révélant une cardiopathie latente, d'une bronchite capillaire entravant la petite circulation, ou encore d'une maladie infectieuse, fièvre typhoïde, pneumonie, etc., altérant le myocarde et troublant le fonctionnement des centres bulbaires, on peut voir les battements cardiaques s'affaiblir, se précipiter, devenir mous et irréguliers. Si on n'intervient pas, la contraction cardiaque se modifiera, et l'oreille constatera l'égalité des deux silences, la similitude des deux bruits (embryocardie) ou seulement une simple trémulation une susuration de frôlement.

Dans ces cas où le collapsus est imminent, les injections de caféine (0,25 centigr. à la fois), amènent en quelques heures un relèvement du pouls, rendent aux battements cardiaques leur force et leur régularité, en ralentissant leur rythme produisent un abaissement thermique. Grâce à la rapide élimination de ce médicament, on peut en répéter l'usage sans crainte d'intoxication, et injecter ainsi 2 gr. à 2 gr. 50 par vingt-quatre heures. L'action de la caféine, employée de cette façon, se rapproche de celle de l'éther; si son action est moins brusque, elle est plus durable et plus facile à utiliser. Les deux médicaments peuvent d'ailleurs être employés concurremment.

Dr Mérigot de Treigny

BULLETIN DE LA SEMAINE

Le doctorat des internes en médecine. — Le concours au bureau central et les doctoresses. — La question de l'antisepsie par les sages-femmes devant l'Académie.

Le concours de l'internat vient de se terminer Cet évènement, qui se répète chaque année, fournit aussi tous les ans l'occasion de réclamer la réforme du règlement de l'internat.

Anciens et nouveaux, tous nos collègues, ont depuis samedi, pris possession de leurs services. Félicitons les vainqueurs, consolons les vaincus, c'est l'usage et le cliché. et constatons, c'est encore le moment, que la réforme à l'ordre du jour consiste dans l'abrogation de l'interdiction, pour les internes titulaires, de passer leur thèse de doctorat.

La question a cessé d'être nouvelle. Tant qu'on ne l'aura pas résolue, elle n'en demeurera pas moins actuelle.

Il y a trois ans, un ou deux journaux de médecine la soulevaient. Ce fut l'origine de ce mouvement de l'opinion. Puis, on pétitionna dans les salles de garde, l'administration reçut d'ailleurs la pétition. Pouvait-elle faire autrement ?

A son tour, *l'Association amicale des internes* fit une démarche. M. le directeur de l'Assistance publique donna audience aux délégués. Très bien ! Sa courtoisie qui, sans nul doute est fort grande, ne lui permettait pas, je pense, de les recevoir dans l'antichambre.

Enfin voici que maintenant, la presse politique s'occupe de cette réforme. Les reporters interrogent certains chefs de service. Pourquoi ne pas les interroger tous ? Je ne sais ; à moins que l'on interroge ceux-là dont le désir est d'être interrogés. Cela se voit, dans la pratique de l'interwie médical.

En tout cas, il y a désaccord entre les interwievés : de là, sans nul doute, les hésitations de l'Administration qui ne sait comment répondre à des revendications que l'équité déclare légitimes, mais que la tradition et, il faut le dire, la routine condamnent trop volontiers.

Parmi les interwievés, les uns repoussent la réforme, les autres par contre l'acceptent, *Tot capita, tot census* : pour ce motif, l'affaire, comme l'on dit au Palais, reste en instruction. Cependant il serait bien temps d'en finir.

Ecoutez les premiers : ils repoussent toute réforme : « Quoi ! disent-ils, autoriser des internes à prendre le « grade universitaire de Docteur ? C'est toute une révolu- « tion. Plus d'élève, plus de maître. L'interne docteur « fera de la clientèle ; les services seront démembrés, « les thèses deviendront moins bonnes ; c'est la mort de « l'internat. »

Et les autres, que disent-ils ? A leur avis la réforme s'impose dans l'intérêt des malades et dans celui de l'internat.

Dans l'interêt des malades ? Les chefs de services, surtout en chirurgie, sont surchagés de besogne. Ils ne peuvent y suffire, et ils ont besoin d'auxiliaires *responsables* sur lesquels ils peuvent compter, *légalement et pratiquement*.

Dans l'interêt de l'internat ? Naguère, les internes dépourvus de fortune, trouvaient dans leur titre et leur situation, le moyen de prolonger leurs études sans un surcroit de dépense, en donnant des leçons d'anatomie, et des répétitions, ou en préparant aux examens.

C'était un travail rémunérateur. Il fait défaut depuis la multiplication des clinicats et la création de nombreuses

Digitized by Google

fonctions à l'Ecole pratique et dans les laboratoires.

Bref ! les avocats de la réforme repondent à leurs adversaires : l'Internat meurt de consomption et devient de moins en moins accessible aux jeunes gens peu fortunés.

Enfin autre argument. C'est celui sur lequel les ennemis de toute réforme comptent le plus. « Impossible, clament-ils, d'être docteur et à la fois parfait interne ; « les obligations professionnelles de celui-là ne s'accorderont jamais avec les devoirs administratifs de celui-ci. — Pendant que l'interne pourvu du grade de docteur sera tout à sa clientèle, il négligera l'hôpital ! »

Eh bien ! cet argument aurait une valeur si l'administration et les chefs de service étaient désarmés et si le réglement ne permettait pas de rappeler au devoir ceux qui l'oublient. Serait-il donc vrai que — « tout va depuis longtemps à vau l'eau » — dans les services hospitaliers ?

Le *Progrès médical* l'affirme ! Ce jugement est sévère. En tout cas : retenons-le. C'est un aveu précieux sous la plume de notre honorable confrère. Et puis, ne serait-ce pas un des motifs, sinon le principal, pour lesquels on redoute à bon droit l'échec, ou tout au moins l'ajournement indéfini de la réforme demandée ?

***

Par contre, une question moins urgente, la question de la femme-médecin doit être prochainement soumise aux délibérations de nos édiles parisiens.

Une pétition demandant l'admission des Doctoresses au concours du Bureau-central a été, paraît-il, adressée au Conseil municipal. L'auteur, un médecin du sexe qui n'est point le nôtre, espère même, dit-on, obtenir rapidement satisfaction et — tout comme un homme — figurer sur la liste des candidats au prochain concours.

La *féminisation* du concours pour les hôpitaux ! Voilà, peut être, une plateforme pour les élections municipales prochaines. Médecins des hôpitaux, doctoresses des hôpitaux ! Quand on prend du jupon on n'en saurait trop prendre.

On a ouvert à la femme-médecin, la salle de garde de l'Internat. On parle de leur ouvrir la porte du Bureau central !

A défaut de la raison, la logique l'exige. Après les hôpitaux, le bureau central ; après la toge professorale, les portefeuilles ministériels et, comme dans un si bon chemin, il serait fâcheux de s'arrêter, à bientôt même la Présidence de la République.

***

Et encore si nos confrères féminins s'adonnaient à la spécialité qui convient le mieux à leur sexe. Je veux parler de l'art des accouchements.

Leur nombre devenant plus grand, on pourrait simplifier la question des sages-femmes. Ce serait pour l'Académie l'économie d'une discussion sur l'utilité d'autoriser ces dernières à prescrire les antiseptiques les plus dangereux.

Il est vrai, que ce serait priver les auditeurs des séances académiques, du plaisir qu'ils viennent d'éprouver, en écoutant la parole sympathique de M. Budin et sont remarquable rapport sur cette importante question.

En principe tout le monde s'accorde à reconnaître les bienfaits humanitaires de la vulgarisation de la méthode antiseptique. Tout le monde admire ses merveilleux succès en thérapeutique obstétricale. En pratique, quelques-uns hésitent à confier le maniement des agents antiseptiques à des personnes parfois trop ignorantes de leurs propriétés toxiques.

Eh bien ! après avoir lu ce rapport, les préventions tomberont et on partagera à coup sûr la satisfaction que les auditeurs des séances académiques éprouvaient hier en l'écoutant.

Espérons que le débat sur les conclusions de ce travail seront de courte durée. Adoptées par l'Académie et adressées aux sages-femmes sous forme d'instructions populaires, les judicieuses conclusions de M. Budin, pourraient devenir le code de l'antisepsie obstétricale. Il faut le demander pour la docte assemblée que de tels travaux honorent ; il faut aussi le désirer dans l'intérêt de l'humanité.

Ch. Eloy.

ACADÉMIE DE MEDECINE

(Séance du 4 février 1890)

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

M. Perrier présente un malade, auquel il a enlevé l'omoplate droite en conservant le bras.

Contagiosité de la grippe. — M. Proust lit une note de M. le Dr Dnoste concernant une épidémie de grippe à bord de la *Normandie*. Ce navire quitte Saint-Nazaire le 2 décembre 1889. Le 3, il arrive à Pauillac, et le 5 à Santander. Là, il embarque un passager venu de Madrid. Le 6, le voyageur est pris de la grippe. Le 10, le médecin qui le soignait est atteint. Un deuxième cas se produit le 12, et l'épidémie se généralise et dure jusqu'au 7 janvier. 154 passager sur 436 sont atteints.

De la prescription des antiseptiques par les sages-femmes. — M. Budin au nom d'une commission vient répondre à une question posée par l'autorité à l'Académie de médecine. Les sages-femmes peuvent-elles être autorisées à prescrire des médicaments antiseptiques? Déjà, lors d'une première discussion, M. Brouardel avait insisté sur ce que des épidémies graves de fièvre puerpérale avaient éclaté dans la clientèle de certaines sages-femmes. En 1885, M. Le Fort avait signalé, en Sologne, une épidémie semblable. En 1888, en Belgique, dix cas mortels avaient été constatés, à Seraing, dans la clientèle d'une sage-femme. Il ne se passe pas de semaine où on ne signale des faits semblables. Le plus souvent la maladie est propagée par les sages-femmes ; M. Siredey en a signalé plusieurs exemples. L'épidémie peut se propager aussi par les vêtements et les instruments. Il est donc important de prendre des précautions antiseptiques pour éviter de semblables malheurs.

En Saxe, les sages-femmes sont soumises à un réglement sérieux et placées sous la direction d'un médecin régional. Des peines sévères leur sont appliquées si elles n'obéissent pas aux règles qui leur sont imposées. La sage-femme appelée au près d'une parturiente, doit avoir des habits propres et un tablier blanc. Elle doit se laver les mains avec soin en arrivant. Elle nettoie ensuite les parties génitales de la femme avec une solution d'acide phénique à 2 0/0. Cette toilette est répétée après

Digitized by Google

l'accouchement. Avant de pratiquer le toucher la sage-femme doit se nettoyer les mains, les ongles et les avant-bras avec un brosse et du savon, puis avec une solution phéniquée à 5 0/0. Les instruments doivent être plongés dans une solution phéniquée à 2 0/0. La sage-femme doit signaler au médecin toute affection fébrile ou toute mort survenant chez l'accouchée. S'il y a eu fièvre puerpérale, la sage-femme doit rester cinq jours sans faire d'accouchement.

En Russie, les règles sont les mêmes. De plus, la sage-femme doit éviter tout contact avec une malade atteinte d'affection contagieuse. Les vêtements qu'elle portait, si elle soignait une fièvre puerpérale, doivent être lavés et désinfectés. En Belgique, toutes les sages-femmes doivent avoir recours à l'antisepsie. A Liège, elles peuvent employer le sublimé. La solution qui leur est imposée est la suivante :

Bichlorure de mercure.....	10 gr.
Alcool.....	100 gr.

Indigo. Q. S. — Une cuillerée à café dans un litre d'eau. Dans d'autres provinces, on a recours à l'acide phénique.

Partout donc on fait des efforts pour faire disparaître la fièvre puerpérale et pour généraliser l'emploi des antiseptiques. La commission nommée par l'Académie a pensé que l'eau bouillante, suffisante pour les cas simples, était impuissante dans les autres, et elle a été unanime pour autoriser les sages-femmes à prescrire les antiseptiques.

Pour simplifier la question pratique, elle a jugé utile de n'autoriser qu'un seul antiseptique. Il fallait donc en trouver un efficace, non toxique, bon marché, facile à conserver et à transporter

L'acide borique n'est pas assez puissant. La créoline a un odeur désagréable et, pour être active, il faut qu'elle demeure pendant quelque temps en contact avec les parties. Dans ce cas, elle cause de la cuisson et de la douleur. Le naphtol est peu soluble et il produit de la cuisson.

L'acide phénique a rendu de grands services, mais il n'est pas aussi puissant qu'on l'avait cru. Il a une odeur désagréable. En solution concentrée, il est toxique et caustique. Il produit une irritation locale intense. En solution à 2 0/0, il cause souvent de l'érythème et même de la gangrène. Il a une action irritante sur la peau. Enfin il est dangereux pour les enfants, chez lesquels son application externe peut produire la mort.

Le sublimé s'est répandu rapidement et a donné d'excellents résultats. Il a diminué considérablement la morbidité. Mais, à certaines doses, il est toxique, a-t-on dit, et il peut causer des accidents, par suite d'une erreur. M. Budin fait remarquer que les intoxications sont bien peu fréquentes. Il a bien rarement constaté un peu de gingivite ou de l'érythème. Depuis 8 ans, 16 cas mortels ont été signalés et quelques-uns encore sont fort discutables. Dans la plupart de ces cas, le sublimé avait été employé en injections intra-utérines. Or, une sage-femme a rarement besoin de recourir à celles-ci qui sont faites par le médecin. On n'a signalé qu'un seul cas de mort par ingestion de bi-chlorure et encore il s'agissait d'un suicide. En Belgique, Charles n'a pas vu un seul accident résulter de l'emploi du bichlorure.

C'est donc à celui-ci que la Commission donne la préférence. Elle conseille de délivrer aux sages-femmes des paquets ainsi formulés :

Bichlorure de mercure.....	0 gr. 25
Acide tartrique.....	1 gr. 00
Rouge de Bordeaux.....	0 gr. 01

Ils seront enfermés dans un papier sur lequel on inscrira : bichlorure de mercure, 0 gr. 25, et sur lequel se trouvera une étiquette : *toxique*. Chaque paquet doit être mis dans un litre d'eau. Les vases et les instruments seront désinfectés avec ce liquide.

Le moyen préconisé par la commission est économique. Comme on prépare la solution au moment de s'en servir, il n'y a pas de danger. Du reste, la coloration du liquide évitera toute erreur.

La Commission est donc d'avis de répondre à l'autorité : il est indispensable, pour empêcher les épidémies de fièvre puerpérale, de permettre aux sages-femmes de prescrire un antiseptique. Celui-ci sera formulé et délivré, comme il a été dit plus haut. On pourra aussi délivrer aux sages-femmes 30 gr. de vaseline au sublimé à 1 0/0. On ne permettra aux sages-femmes que ces seules substances.

M. Jungfleisch fait observer que le rouge de Bordeaux donne à l'eau l'apparence du vin. Il vaudrait mieux substituer une couleur bleue ou verte.

M. Trélat. — On pourrait aussi permettre l'usage des pastilles antiseptiques.

M. Budin. — La coloration donnée par le rouge de Bordeaux, est à peine rosée. Il est impossible de confondre avec celle du vin. Quant aux pastilles, elles sont dangereuses parce qu'elles peuvent être croquées par les enfants. De plus, elles ne se dissolvent pas sur le champ.

M. Worms demande qu'on ajoute une substance qui, par son goût désagréable, empêcherait de boire le liquide antiseptique.

M. Laborde fait observer qu'il existe des substances qui, jointes au sublimé, lui enlèvent ses dangers de toxicité tout en lui laissant ses propriétés antiseptiques.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

M. Gautier lit un travail sur les *alcaloïdes de l'huile de foie de morue*. F. R.

SOCIETÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 janvier 1890

Présidence de M. le Dr Terrier

Traitement du pied-bot congénital. — M. Nélaton pense que l'extirpation de l'astragale ne peut convenir comme méthode de traitement unique du pied-bot invétéré et il cite comme preuves démonstratives les deux observations suivantes : Une enfant de dix ans lui est amenée à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Perier, qu'il remplaçait ; elle était atteinte d'un double pied-bot congénital particulièrement grave : les pieds étaient tournés en varus équin ; la marche semblait impossible, la station verticale se faisait sur la face dorsale, la surface plantaire étant retournée en haut et en dedans. Les parents réclamaient à tout prix une opération pour remédier à ce vice de conformation. Le 12 juillet, M. Nélaton opéra le pied droit par la méthode de Ridygier : il réséqua d'abord l'extrémité antérieure du calcaneum, puis fit la section du tendon d'Achille pour corriger le varus et l'équinisme ; néanmoins il fut impossible de réduire la déformation. Cette réduction

Digitized by Google

ne fut possible qu'après la résection d'un cal osseux développé sur la face externe de l'astragale. La guérison fut parfaite. Le 28 octobre M. Nélaton opéra le pied gauche par la même méthode, obtint le même succès. Aujourd'hui l'enfant marche bien, repose sur la plante du pied, et ne présente plus d'équinisme.

Une nouvelle opération fut pratiquée le 26 décembre sur une autre petite fille. L'examen de pièces anatomiques du musée Dupuytren a convaincu M. Nélaton, que l'ablation totale de l'astragale n'est pas toujours nécessaire pour corriger le pied-bot invétéré, que la résection astragalienne qu'il a signalée serait suffisante dans la plupart des cas.

M. Jalaguier présente le moulage de deux pieds bots paralytiques qu'il a opérés chez de jeunes enfants : chez l'une, il a extirpé l'astragale, chez l'autre il a enlevé le scaphoïde luxé en bas et en arrière. Les opérations ont donné des résultats très satisfaisants, et les enfants marchent convenablement.

M. Humbert est d'avis qu'il faut dans les opérations de ce genre, enlever toutes les parties osseuses s'opposant à la réduction. Ces délabrements ne nuisent en rien à l'avenir du pied, une masse osseuse se reproduisant et remplaçant les portions enlevées. Le seul os à conserver est la malléole externe qui elle, ne se reproduit pas, et empêche la luxation en dehors. M. Humbert présente deux moulages consécutifs à une double opération de pied-bot congénital, qui lui a parfaitement réussi.

M. Trélat. — Il est clair qu'en enlevant successivement tous les os du tarse, on découvre la cause qui les maintient dans la fausse position ; mais il est préférable de ne pas enlever successivement ces os en totalité ou en partie, et d'aller droit au but en détruisant l'obstacle principal qui s'oppose à la mobilisation du pied. Sous ce rapport, la communication de M. Nélaton est particulièrement intéressante, parce qu'elle signale une lésion qui jusqu'ici n'avait pas été reconnue et qu'il suffira d'enlever dans bien des cas, pour obtenir une réduction.

Calcul biliaire volumineux — Cholécystotomie — M. Chaput communique l'observation d'une femme de 46 ans, atteinte de cholécystite calculeuse et guérie le 15 août 1889. Après incision de la vésicule, il constata l'existence d'un calcul fortement adhérent à l'origine du canal cystique. La vésicule fut suturée à la peau et la paroi abdominale réunie au crin de Florence. Des tentatives répétées d'extractions extrapéritonéales permirent l'ablation du calcul qui mesurait 3 ou 4 centimètres de longueur, sur 2 à 3 centimètres de largeur.

Douze jours après, le 27 août, M. Chaput fit l'oblitération de la fistule biliaire par son procédé de l'abrasion : dissection de la vésicule que l'on sépare de la paroi sur la hauteur d'un centimètre et demi environ, sans ouvrir la poitrine. A l'aide d'une curette tranchante, la muqueuse est abrasée dans l'étendue d'un demi-centimètre et sur toute la circonférence Suture de la vésicule à points séparés (à la soie), mettant en contact les surfaces internes avivées. Excision de la peau inversée, suture cutanée au crin de Florence. Ablation des fils le 6 septembre ; départ de la malade absolument guérie le 9 septembre.

Fistule pyo-stercorale. — M. Tuffier présente un homme guéri de cette affection. A la suite d'une double cure radicale d'une hernie inguinale du gros intestin, il présentait une fistule dont l'orifice situé au niveau du pli inguino-scrotal donnait naissance à du pus fétide. Huit mois après le début des accidents, la fistule cutanée conduit dans une cavité du volume du poing, occupant toute la fosse iliaque et lombaire. Cette cavité était remplie de matière stercoro-purulente, et communiquait, par un orifice du volume du pouce, avec le gros intestin, au dessus de l'arcade crurale. On fit une incision de 20 centimètres pour ouvrir largement le foyer, le déterger et le gratter, puis on libéra l'orifice fistuleux de l'intestin, jusqu'à ce que l'on trouvât la paroi intestinale souple et le tissu celluleux de la fosse iliaque. Abrasion de la muqueuse fermée dans l'étendue de 1 centimètre, deux plans de suture, sur la fistule, un direct, le second à la Lembert. Réunion par première intention. Le malade est complètement guéri depuis trois mois.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'angine granuleuse,

par M. le Dr LUC,
Ancien interne des hôpitaux de Paris

Pour les cas de pharyngite catarrhale, diffuse, ou la granulation ne représente, à tous les points de vue, qu'une lésion secondaire, Ruault (1) a fait connaître récemment une nouvelle méthode de traitement, dont nous pouvons parler avec d'autant plus de compétence, que nous avons eu à plusieurs reprises l'occasion de la pratiquer avec succès sur plusieurs de nos malades, et qu'ayant prié son auteur de l'exécuter sur nous-même, nous avons pu en apprécier les excellents résultats.

La méthode en question consiste à traiter la muqueuse malade par des frictions énergiques exécutées au moyen d'un pinceau rude, trempé dans une solution aqueuse d'iode, dont voici les proportions.

Iode	} à à 2 gr.
Iodure de potassium	
Eau distillée	15 à 20 gr.

L'auteur insiste sur les avantages de cette solution, sur la teinture d'iode dont l'alcool a le double inconvénient de coaguler le mucus et d'irriter la muqueuse. Comme pinceaux, Ruault conseille le n° 12 des brosses en soie de porc fabriquées pour les peintres, et montées dans un tube en fer-blanc, sur une longue tige en bois blanc. L'un de ces pinceaux est employé tel quel, un autre est raccourci de deux tiers, afin de le rendre plus rigide. On procède de la façon suivante : On commence par débarrasser la gorge des mucosités qui la tapissent, au moyen d'un tampon de ouate hydrophile imbibée de bicarbonate de soude à 2 pour 100, puis la muqueuse est cocaïnisée comme pour la cautérisation ignée. Quand l'anesthésie es obtenue, on plonge le pinceau court dans la solution iodée, et, la langue étant maintenue abaissée, on le porte résolument au fond de la gorge et l'on frotte *énergiquement* la paroi pharyngée dans le sens vertical, sans quitter sa surface. On insiste toujours sur les endroits où les granulations sont plus nombreuses ; et, sur les granulations isolées, on appuie fortement le pinceau en lui imprimant sur place quelques mouvements de rotation. Cette manœuvre fait presque constamment apparaître en quelques endroits une certaine quantité de sang. On laisse alors le malade cracher et se reposer quelques secondes et l'on badigeonne de nouveau le pharynx en se servant cette fois du pinceau à poils longs. Une fois l'effet de la cocaïne dissipé, le malade éprouve dans la gorge une sensation douloureuse, s'exaspérant au moment de la déglutition ét qui se prolonge pendant deux ou

(1) Loc. cit.

Digitized by Google

trois jours. Les points les plus rigoureusement frottés se recouvrent d'une escharе blanchâtre qui se détache vers le cinquième jour. Dès le huitième jour on peut renouveler la *friction iodée* s'il y a lieu.

Le but de cette ingénieuse méthode est, comme on le voit, de favoriser par une sorte de traumatisme, la diffusion de l'iode dans la trame de la muqueuse malade et d'agir ainsi sur la totalité de ses éléments. Le procédé n'est assurément pas exempt de douleur, mais l'emploi de la cocaïne les atténue en grande partie, au moment de l'opération, et l'usage de la glace calme sensiblement celles qui persistent les jours suivants. Dans tous les cas, le résultat répond largement au but de l'auteur, et nous avons été à même de constater que cette méthode avait, non seulement pour effet de faire disparaître, en un petit nombre de séances, les inégalités de la muqueuse, mais de modifier puissamment celles-ci et d'exercer notamment une action nettement curative sur ses manifestations congestives et catarrhales.

Ce serait pourtant s'exagerer le résultat de chacune des deux opérations précédentes que de compter sur une disparition définitive des symptômes de la maladie. Nous avons déjà insisté sur le caractère essentiellement paroxystique de cette dernière. Abandonné à lui-même, immédiatement après la destruction de ses granulations, le malade ne manquerait pas d'éprouver bientôt de nouvelles poussées angineuses, sous l'influence de l'une des causes énumérées plus haut, notamment sous l'influence du froid, et tout particulièrement à l'occasion du froid aux pieds. Effectivement, un grand nombre de ces malades présente une tendance toute spéciale au refroidissement des extrémités et, pour peu que l'action se prolonge, leur gorge se prend invariablement. Si, chez les orateurs et chez les prédicateurs, les paroxysmes sont moins nettement séparés les uns des autres, cela tient à ce que les sujets de cette catégorie sont forcés, par leur profession, de soumettre leurs organes vocaux à une irritation ininterrompue qui exclue la possibilité de toute accalmie. A la vérité, les malades reconnaissent, qu'à la suite de la destruction des granulations, les poussées congestives, tout en continuant de se reproduire, sont beaucoup moins douloureuses qu'auparavant, et ne s'accompagnent plus que de manifestations locales atténuées. Mais, si les causes d'exacerbation persistent, ce résultat ne saurait être que transitoire. Les hypertrophies ne manquent pas de se reproduire peu à peu à la suite d'un certain nombre d'attaques angineuses, si bien qu'au bout d'un certain temps, le pharynx se trouve ramené à son état primitif. Ce n'est donc pas un des points les moins importants du traitement de l'angine granuleuse, de mettre le malade, dans la mesure du possible, à l'abri de ces poussées paroxystiques.

Ici, ainsi que nous l'avons déjà dit à plusieurs reprises, l'action du froid doit être l'objet d'une sollicitude toute particulière. Nous n'avons pas à entrer dans le détail des mesures à conseiller au malade pour le préserver le plus possible des refroidissements, nous pensons d'autre part que, tout en cherchant à le soustraire à cette influence, on devra chercher à l'aguerrir contre elle, en évitant le surchauffage des appartements et en lui recommandant l'hydrothérapie journalière courte et suivie d'une friction sèche prolongée, ainsi que l'habitude de sortir chaque jour par tous les temps. On déconseillera, d'autre part, l'usage du foulard qui a le mauvais effet de prédisposer aux congestions pharyngées, et l'on insistera, en revanche, pour que les extrémités soient couvertes de vêtements chauds et toujours secs.

Chez les sujets astreints à des fatigues vocales professionnelles, et notamment chez ceux qui sont obligés, comme les prédicateurs, de parler longuement, au milieu d'une atmosphère froide, il est bien difficile de réaliser une hygiène en rapport avec le but que l'on se propose. On cherchera toutefois à atténuer, dans la mesure du possible, les mauvais effets des conditions spéciales, inhérentes à ces professions, en recommandant aux malades de ne pas forcer leur voix, de suppléer à la force par la netteté du débit, de varier leurs intonations, de parler lentement, et de respirer autant que possible par le nez, afin de remédier aux effets particulièrement nocifs des brusques aspirations buccales.

Il est enfin une classe de sujets pour lesquels la médication thermale offre une indication spéciale. Nous faisons allusion aux sujets généralement arthritiques, chez lesquels domine l'élément catarrhal. Chez ces malades d'ailleurs, les lésions, loin d'être limitées à la muqueuse pharyngée, s'étendent bien souvent au larynx et aux bronches. C'est aux malades en question que nous paraît s'appliquer nettement la médication sulfureuse, peut-être moins localement sous forme d'injections et d'inhalations, qu'en ingestion. Les Eaux-Bonnes se prêtent particulièrement à ce dernier mode d'administration : le malade les prend mélangées à du lait, d'abord à la dose de deux verres par jour, dose qui peut être rapidement doublée et même triplée. Sous l'influence de cette médication interne, les malades éprouvent bientôt, en même temps que des effets de stimulation générale, des modifications dans l'état local des muqueuses enflammées dont les sécrétions deviennent d'abord plus fluides, puis éprouvent une diminutien marquée. A côté des Eaux-Bonnes, les eaux de Cauterets et de Challes méritent aussi une mention spéciale. Ces dernières, outre la grande proportion de soufre qu'elles renferment, paraissent devoir une efficacité spéciale à leurs principes iodo-bromurés.

Il nous resterait, pour être complet, à aborder la question du traitement spécial réclamé par l'angine granuleuse au moment des poussées aiguës. Ce traitement est évidemment surtout palliatif, il peut pourtant prétendre à abréger la durée de l'attaque angineuse. Nous n'avons pas à insister ici sur les bons effets trop connus du séjour du malade dans une température égale, et du chaud constant aux pieds, ainsi que d'une légère sudation, provoquée par les boissons chaudes.

Digitized by Google

Une médication locale est indiquée, pour peu que le malade accuse des symptômes pénibles. Rarement pourtant la douleur pharyngée est assez intense pour légitimer l'emploi de la cocaïne, même en pastilles. On se contentera donc de proscrire les aliments épicés, irritants ou trop chauds, et de recommander l'usage de gargarismes froids à l'acide borique ou au chlorate de potasse (une cuillerée à soupe de l'un de ces sels pour un litre d'eau).

A l'intérieur, on a signalé les bons effets du benzoate de soude. Ce sel, pris à dose de 6 à 12 grammes par jour, exercerait une action calmante très nette sur la douleur de l'angine et en hâterait la résolution. On pourrait prescrire ce médicament dans la mixture suivante :

Benzoate de soude	6 à 12 gr.
Teinture de coca	5 gr.
Sirop de codéine	30 gr.
Eau de laitue	150 à 200 gr.

A prendre par cuillerée à soupe toutes les heures.

Ce médicament présenterait, d'après notre collègue, une action résolutive supérieure à celle de l'aconit, et aurait sur cette dernière substance l'avantage de ne pas exposer le malades aux mêmes effets toxiques.

CORRESPONDANCE DES DEPARTEMENTS

Marcillac, 31 janvier 1890.

Les honoraires des médecins légistes

Le 26 janvier courant, le corps d'un individu ayant été trouvé noyé dans un ruisseau, mes deux confrères de Marcillac ont été successivement requis, à l'effet de procéder à la visite de ce corps. Chacun a décliné la mission qu'on voulait lui confier.

A la suite de ce refus, le juge de paix de Marcillac a télégraphié au Procureur de la République à Rodez pour l'instruire de l'attitude de mes deux confrères. Ce magistrat a répondu de requérir de nouveau officiellement les médecins de Marcillac et de dresser immédiatement procès-verbal de leur refus, en faisant observer que, dans le cas actuel, le flagrant délit n'était pas douteux.

Sur ces entrefaites mes confrères ont eu connaissance de la circulaire que M. Thévenet, ministre de la justice, vient d'adresser aux procureurs généraux, à propos *des difficultés qui se sont élevées dans quelques ressorts entre les magistrats chargés de la police judiciaire et les médecins requis de prêter leur concours à l'œuvre de la justice* (1). Cette circulaire donnant, en définitive, gain de cause aux médecins, l'un de mes confrères, M. le Dr Cabantous, a parfaitement accepté alors de procéder à la visite du noyé, estimant que, d'après la nouvelle situation faite aux médecins, il n'existait plus de motif légitime de continuer d'opposer un refus systématique aux réquisitions des magistrats.

Maintenant je ne puis m'empêcher de vous faire remarquer que, par une coïncidence providentielle, un cas de mort par submersion a été constaté à Marcillac le même jour qu'a été connue dans cette ville la circulaire du ministre de la justice ci-dessus mentionnée ; il en résulte d'abord que la *grève* des médecins commencée à l'occasion d'un crime présumé dans le canton de Marcillac se termine à l'occasion d'une mort violente arrivée dans le même canton. Il en résulte de plus que la *grève* des médecins dignement et courageusement commencée par les confrères de Rodez et de Marcillac se trouve dignement et sagement terminée par ceux de Marcillac. Je ne sais si je m'abuse, mais il me semble que le corps médical devrait bien quelque peu de reconnaissance à ces excellents confrères pour les heureux résultats qui viennent de couronner leur énergique conduite (1).

Dr VOLONZAC.

(1) Voir : *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, Bulletin de la semaine, 30 janvier 1889).

(1) On ne saurait mieux exprimer ce que le *Journal des praticiens* a déjà dit à plusieurs reprises à l'égard de ces très honorés et méritants confrères de l'Aveyron (N. D. R).

Saint-Quentin, 31 janvier 1890.

De l'emploi antiseptique des vapeurs de chloroforme

Depuis plusieurs années, j'avais dans différentes circonstances et particulièrement, dans la phtisie pulmonaire, appliqué ce traitement dans des conditions presque désespérées. Les comptes rendus de la société de médecine de l'Aisne accusent les résultats très remarquables obtenus à l'aide du chloroforme en solution, ajouté aux autres moyens de thérapeutique. Mais depuis que j'ai été témoin d'un cas de coqueluche extrêmement violente, chez une jeune fille, absolument guérie en huit jours, j'ai cru de plus en plus à l'influence des micro-organismes implantés dans une région et déterminant, par leur prolifération incessante, des phénomènes d'irritation locale et d'infection. C'est ainsi qu'hier, en rentrant chez moi, en quittant un milieu infectieux, et après avoir éprouvé les symptômes d'un coryza violent avec envies de vomir, j'ai respiré à diverses reprises des vapeurs d'air chloroformé. Une heure et demie plus tard, j'allai à mes occupations comme si j'avais bien dormi. Le rhume de cerveau avait disparu à peu près complètement ; hier et aujourd'hui, j'ai continué de temps à autre, trois ou quatre inhalations, et aujourd'hui après avoir vu un grand nombre de malades, je ne sens plus le moindre malaise.

J'ai conseillé, avec grand succès dans la scarlatine, la rougeole, l'usage de l'eau chloroformée. Dans les formes les plus sérieuses ces affections étaient presque toujours réduites à leur plus simple expression et devenaient très facilement curables.

J'ai employé l'eau chloroformée coupée, soit avec du thé, du café noir ou du vin, soit avec des infusions, et toujours avec un succès incontestable.

Les inhalations sont utiles, quand les fosses nasales, le pharynx, le larynx et les bronches sont intéressés.

C'est encore guidé par cette idée, que j'ai conseillé le chloroforme à la femme d'un professeur du lycée, Mme R., atteinte d'une métro-péritonite puerpérale survenue vers le dixième jour à la suite de fatigues et de refroidissement. Le Dr Castin, qui a bien voulu me demander une consultation, regardait cette dame comme absolument perdue et malgré toute ma confiance dans les merveilleuses propriétés du chloroforme, je n'étais pas bien loin de cette opinion. Néanmoins, nous mîmes en œuvre les boissons chloroformées, les injections vaginales chloroformées, qui sont excellentes chez les femmes en couches et les lavements désinfectants au chloroforme. Au bout de huit jours, Mme R. était sur pied.

Mon opinion est que, dans l'épidémie de grippe, si l'on avait eu la précaution de respirer de temps en temps des vapeurs d'air chloroformé, de prendre en boisson soit du thé, du café, du vin additionné d'eau chloroformée, on aurait

Digitized by Google

vite coupé court à l'épidémie, surtout en suivant un régime léger où les potages et le lait prédominent.

Dr Desprez

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MÉDECINE ET CHIRURGIE.

I. **Du traitement de la phtisie par le tanin.** — Depuis Woillez en 1883, l'emploi de cette médication a été recommandée par de nombreux observateurs, entre autres Raymond et Artaud, Ceccherelli, Bertrand, et tout récemment de Renzi.

On peut administrer le tanin isolément ou l'associer à d'autres médicaments antiseptiques.

M. de Renzi prescrit les cachets suivants à la dose de quatre à sept par jour :

Tanin ..... 10 gr.
F. s. a. et divisez en 50 cachets semblables.

Voici une autre formule dans laquelle on associe les vertus de cette substance à celle de la naphtaline et de l'iodoforme.

P. Naphtaline ..... } aa 16 gr.
Tanin .....
Iodoforme ..... 4 gr.
Bi-carbonate de soude ..... 25 gr.
F. s. a. et divisez en 60 cachets semblables.

On administre dans la journée deux à huit de ces cachets, en variant leur nombre suivant la tolérance du malade.

Il va sans dire que cette médication doit être prescrite simultanément avec les médicaments classiques et le régime tonique en usage contre la tuberculose pulmonaire.

II. **Une formule pour l'administration des ferrugineux.** — Cet élixir s'administre après chaque repas à la dose d'un verre à liqueur. On la formule ainsi :

Citrate de fer..... 60 grammes.
Elixir de Garus..... 150 —
Sirop simple..... 350 —

La préparation exige quelques précautions pour être limpide.

On la prescrit dans la chlorose, et, en général, je l'ordonne aux malades qui tolèrent difficilement les ferrugineux. On peut enfin, dans la préparation de cet élixir, substituer le tartrate de fer au citrate de fer.

III. **De l'emploi chirurgical de la pepsine.** — En ce moment, certains praticiens américains essayent de remettre en honneur les pansements à la pepsine.

Déjà en 1867 et 1871, en Angleterre et ailleurs, on avait proposé les injections interstitielles de pepsine dans l'épaisseur des tumeurs à l'effet de les digérer et de les résoudre. Vers la même époque, Nusbaum, en Allemagne, avait fait quelques essais semblables contre le cancer, aujourd'hui enfin, on propose, pratique qui n'est pas nouvelle, les topiques à la pepsine pour panser les ulcères rebelles.

Voici la formule d'une *pommade à la pepsine*.

Pepsine pure..... 5 grammes.
Lanoline..... 50 grammes.

Son emploi est indiqué :

1° Sur les ulcères fongueux rebelles,

2° Sur ceux à la surface desquels il existe une croûte épaisse faisant obstacle à la cicatrisation,

3° Sur les ulcères atoniques dont on veut exciter la surface.

Le pansement à la pepsine offre deux inconvénients : celui de s'opposer à l'emploi des antiseptiques, et celui de la fétidité.

Ch. Eloy.

INFORMATIONS

PARIS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* Sont nommés, à la suite du concours qui s'est terminé le 26 janvier, *Internes titulaires*, MM : 1 Michel. — 2 Fescher. — 3 Souligoux. — 4 Baillet. — 5 Chivret. — 6 Tessier. — 7 Gautier. — 8 Delbet. — 9 Sabourend. — 10 Deguéret. — 11 Baudron. — 12 Guitton. — 13 Dubrisay. — 14 Poirier. — 15 Rousseau. — 16 Gonget. — 17 Thiercelin. — 18 Auscher. — 19 Morestier. — 20 Sottas. — 21 Barré. — 22 Rencurel. — 23 Vassal. — 24 Perruchet. — 25 Boix. — 26 Damourette. — 27 Ginouville. — 28 Cazin — 29 Bonneau. — 30 Cantin. — 31 Pompidor. — 32 Vislin. — 33 Laurent-Préfontaine. — 34 Wassilieff. — 35 Tollemer. — 36 Artus. — 37 Veillon. — 38 Orillard. — 39 Lemonnier. — 40 Touchard. — 41 Jourdan. — 42 Laserre. — 43 Guibert. — 44 Rousset. — 45 Dupasquier. — 46 Sorel. — 47 Morax. — 48 Malapert. — 49 Martin-Dün. — 50 Poivet. —

Internes Provisoires. — MM. Bernard. — Cazenave. — Hulot. — Potel. — Collinet — Binot — Durente. — Giresse. — Fayle. — Papilleult. — Malherbes. — Taurin. — Diaz. — Demaye. — Lourle. — Cl. Petit. — Collinet. — Dullafoy. — Binot. W. — Lebon. — Ridewlle. — Fort. — Gervais. — Rousille. — Mayet. — Walsch. — Huguemin. — Jacquinet. — Bernard J. — Bernard bey. — Lepetit. — Meri:. — Béchet. — Monpaté. — Frey. — Menson. — Trékaky. — Bomtmet. — Reymond. — Brézard. — Mignot. — Chaumont. — Phulpie. — Flanheim. — Donnez. — Michel Dansac. — Chaillou. — Brunet. — Emerit.

Faculté de médecine. — *Thèses pour le doctorat* (5 février). — M. *Buisson*: Charbon intestinal humain ; — M. *Descoings* : De l'amygdalite considérée comme maladie infectieuse et contagieuse.

(6 février). — M. *Springer*; La croissance, son rôle en pathologie; — M. *Brocard*: De la pleurésie grippale — M. *Perchaux*: Histoire de l'hôpital de Lourcine; — M. *Mordret* : Etude anatomo-pathologique et clinique des salpingo-ovarites ; — M. *Calamy*. Du traitement de la cataracte diabétique ; — M. *Allard* : Des kystes puriformes du cœur ; — M. *Paillotte* : Notes sur l'alimentation des nouveau-nés.

(8 février). — M. *Lorents* : Contribution à l'étude de la filariose ; — M. *Cart* : Contribution à l'étude de l'actinomycose chez l'homme ; — M. *Mollard* : Parallèle entre la fièvre rhumatismale et le rhumatisme chronique.

Concours de l'externat. — Ce concours s'est terminé le 25 janvier par la nomination des 307 candidats dont les noms suivent classés par ordre de mérite.

Ce sont: MM. Planque, Pauchet, Lacour, Le Moniet, Perregaux, Bensaude, Sergent, Michon, Delanglade, Jorand, Lalanne, Rispal, Fiquet, Schweisguth, Ardillaux, Du Bouchet, Venot, Miraillé, Chevereau, Mortagne, Desfosses, Brunswic, Perrin, Tessier, Schwaab, Landowski, Follet, Nimier, Paul-Boncourt, Lévy (Armand, Martin-Dur, Bourcart, Mermet, Huart, Deguéret, Lévi, Charles), Louguet, Zeimet, Auvray, Radovici, Salmon, Mme Eliacheff (Pauline), Collet, Bernardbeig, Bellot (Paul), Frémiu, Jeannin (Georges-Paul-Honoré) Thiénot, Gasue, Ranglaret, Pouquet, Canuet, Bacri, Claude, Ripault, Bodin (Eugène-Marie), Chatelot, Bernard, Sarafoff, Braqechaye, Reymond, Morel, Lombard, Escat (Jean-Joseph), Fournier (Louis-Joseph), Touchard, Mlle Broïdo, Phulpin, Bois, Pouillot, Vermorel, Fort, Genouville, Litinsky, Bize, Wesberge, Nollet, Damay, Pêtre, Decès, Fournier (Alfred-Edmond), Comar (Gaston), Cocquelet, Lavocat, Piccu, Danseux,

Digitized by Google

Meyer, Riche, Bodin, Girard, Dauny, Gorse, Capdepont, Mlle Bouët (Françoise), Marion, Potel, Jacquinet, Virchaux, Vandaele, Cange, Cazenave, Darquier, Chéron, Lenormand, Bellot (Eugène-Marie-Louis), Cadéac, Leroux (Auguste), Paté, Poussard, Bastide, Beaussenat, Mesnil, Tissier (Paul), Baudron, Paturet, Baley, Anghelovici, Orrillard, Richard (Louis-Pierre-Marie), Damourette, Marchadier, Widiez, Ravanier, Chaudet, Tissier (Henry), Gallard, Trouillard, Sauvage, Mignot, Mercier, Puech, de Gauljeac, Champenois, Laugier, Baillet, Maire-Améro, Christen, Hulot, Dupuy (Paul-Marie-Edouard), Apert, Greuet, Cocquerelle, Ménard, Chassevant, Ferrier, Escat (Etienne), Bolognosie, Tsakiris, Dominguez, Diaz, Cazin, Bonnus, Marçais, Moity, Kahn, Dumontier, Luys, Didies, Cerf, Mougeot, Guilliou, Guibert-Lasalle, Thirard, Daude-Lagrave, Théodore, Halipré, Harou, Prieur, Galtier, Floersheim, Alleaume, Pribat, Decréquy, Lhomme, Janin, (Joseph-Marie-Auguste), Guilleminot-Devillas, Cohanescot, Quignard, Sallé, David (Léon-Jules), Chailoux, Javey, Pley, Gosset, Macrez, Marinco, Meusnier, Jouglet, Bouzon, Lemelletier, Desforges, Babon, Dufour (Etienne-Louis), Laurens, Maksud, Boëtau, Royer (Adolphe), Ehrhardt (Christian), David (Marie-Henri). Hannion, Brosset, Duchesne, Eichmüller, Mathanson, Verdier, Rocquet, Lacaze, Leroy, Trognon, Lemaire, Monnillich, Miquel, Couvreur (Achille), Gibert (Marie-Joseph-Théophile-André), Sauvez, Corby, Pingat, Guyard Gouvernaire, Couillaud, Courtiller, Delmas, Le Roux (Emile), Aublé, Tacquet, Heins, Lemoult, Calais, Loriot, Chabry, Gestat, Vergues, Barjon, Rochon, Le Maître, Dardel, Vincent, Guillemot (Jules-Albert), Cuénot, Charpentier, Constantinidès, David (Jacques), Deronde, Decornet, Mlle Lipineka, Sarremone, Guillemet, Bertherand, Pargoire, Abramovitsch, Lafond, Fornlladosa, Mérieuv, Schwob, Lévy (Georges-Lazare), Hamaide, Léger, Poûteau, Joly, Laporte, Valentin, Malfuson, Sebilotte, Seguin, Berceot, Barthélemy, Maupâté, Boulu, Himely, Guillon, Klefstad-Sillonville, Emerit, Bouteil, Coulon, Roché, Grilhaut des Fontaines, Sarrouy, Dreyfus, Verin, Presle, Vidal, Estay, Semens, Marcopoulos, Benoit, Jonnart, Yvinec, Horay, Paley, Charrade, Vivier, Elmassian, Goupil, Morise, Soulié, Désiré, Lafaye, Delmont, Bébet, Texier, Euvrard, Royer, Bron, Rottenberg, Dergenétez et Beretta.

Société française d'ophtalmologie : (*session de 1890*). Cette session aura lieu le 5 mai prochain.

Société Médico-Pratique. — Séance du 10 février.

Ordre du jour :

1° Fin de la discussion sur l'épidémie de grippe.

2° M. Rabion, cas de méningite guérie chez un enfant probablement tuberculeux.

3° M. Schwartz, des indications du traitement chirurgical dans le cancer du rectum.

4° Election d'un membre titulaire.

ETRANGER

Allemagne. — **Congrès allemand de médecine interne.** Ce congrès se tiendra à Vienne du 15 au 18 avril prochain sous la présidence de M. le Dr Nothnagel.

Autriche. — **Création d'un sénat de médecine légale.** Cette institution à l'état de projet consistera dans un conseil supérieur chargé de réviser, sur la demande des tribunaux, les rapports médico-légaux.

Ce projet a été déposé, ces jours derniers, sur le bureau du Parlement hongrois.

VARIÉTÉS

Le thiocaam. — *Un nouveau désinfectant.* Ce liquide est une solution d'acide sulfureux dans du camphre. Quand on en verse une mince couche dans une soucoupe, il se dégage des torrents d'acide sulfureux. D'après M. Emerson Reynolds (*The Brit. med. Journal*, 1889), 170 grammes de thiocaam dégagent 25 litres de gaz. Enfin, ce désinfectant est miscible à l'eau et aurait tous les avantages du gaz acide sulfureux produit par la combustion du soufre.

INDEX BIBLIOGAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

Clinique chirurgicale.

Blasick Russio Travali : Recherches sur la rage (*La Riforma medico*, 25 janvier 1890).

Catrin : Contribution à l'étude de la pleurotomie dans les pleurésies métapneumoniques (*Lyon méd.* 19 janvier 1890).

Chavreins : Hystéro-traumatisme avec paraplégie organique à la suite d'une explosion de grisou (*La Loire médicale*, 15 janvier 1890).

Cheminade : Contribution à l'étude de l'arthrite syphilitique secondaire (*Journal de méd. de Bordeaux*, 19 janvier 1890).

Clarac : Contribution à l'étude de la fièvre jaune à la Martinique (*Archives de méd. navale* : p. 62 janvier 1890).

De Renzy : Sur le traitement de la tuberculose (*Revista clinico-et thérapeutico* janvier 1890 n° 1)

Lépina : Sur le diabète pancréatique (*Lyon méd.*) 19 janvier 1890).

Samquirico (C) : Sur une ulcération variqueuse de l'œsophage, ayant causé la mort par hémorrhagie (*La Riforma medica*) 22 janvier 1890).

Valence : De l'orchite lymphatexique (*Arch. de méd. navale.* p 62, janvier 1890).

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

Barthélemy. — Etude d'hygiène sociale. — Syphilis et santé publique. (J.-B. Baillière. Paris, 1890. 1 vol. in-8 de 360 pages avec cinq planches. P. 3 fr. 50.

Zerolo. — (Tomas) Climatoterapia de la tuberculosis pulmonar in la peninsula espanola, Islas Baleares y Canarias (Santa-Cruz de Teneriffe, 889, Bonnet).

Grancher (J). — Maladies de l'appareil respiratoire ; tuberculose et auscultation (1 vol. in-8 de p.524, avec figures et planches, p. 10 fr. Paris, 1890. O. Doin).

Erratum. — Dans le dernier, a l'article : *Traitement de l'anthrax*, de notre estimé confrère M. Stieffel, page 79, colonne 1, 3e alinéa, lire : Un *gramme* au lieu de 1 centigramme.

AVIS. — *L'administrateur de la Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, a l'honneur de rappeler à nos abonnés, qu'à partir du 31 janvier leur quittance de réabonnement leur sera présentée, augmentée de 0,75 centimes pour frais de recouvrement.

L'Administration du journal a aussi l'honneur d'informer nos lecteurs que toute réclamation de numéro qui n'aurait pas été reçu, par suite d'une erreur de poste, doit lui parvenir dans la quinzaine qui suivra la date du numéro manquant.

Passé ce délai, il sera nécessaire de joindre à la demande 30 centimes par exemplaire réclamé, pour la France et l'Algérie, et 35 centimes pour l'Etranger.

Le Directeur-Gérant. Henri Huchard.

Paris. — Imprimerie Décembre, 326, rue de Vaugirard.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE N° 7 12 FÉVRIER 1890

REVUE GENERALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE
JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD. — RÉDACTEUR en CHEF : M Charles ÉLOY

COMITÉ de RÉDACTION · MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ.

CLINIQUE MEDICALE

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — Service de la Clinique

Du diagnostic de la symphyse cardiaque (1).

par M. le Dr POTAIN,
Professeur de clinique médicale à la Faculté de Paris.

Je viens de vous montrer un malade qui présente une augmentation manifeste de la matité cardiaque en rapport avec une hypertrophie non moins évidente de l'organe, lésions que j'attribue à des adhérences et à une symphyse probablement généralisée. Ce diagnostic a besoin d'être discuté.

Ce malade, un homme de 51 ans, a eu la scarlatine à 16 ans. Deux ans plus tard, il resta un mois au lit pour un rhumatisme articulaire aigu fébrile. A 22 ans, étant soldat, et à la suite de quelques excès ou des fatigues du métier, il éprouva de l'oppression et des palpitations, pour lesquelles on lui appliqua trois cautères. Finalement on le mit en réforme. Jusqu'à 36 ans, rien d'anormal ; il avait oublié complètement son cœur, quand, au cours d'une bronchite, il éprouve une dyspnée plus forte que dans une simple bronchite

Douze années se passent encore pendant lesquelles il va, vient, exerçant sa profession de garçon de recette. Il y a trois ans, après deux accès de colique néphrétique, sa respiration est plus gênée, il n'en continue pas moins son métier, quand le 21 décembre dernier, il prend la grippe, reste alité, et au sortir de sa grippe éprouve des palpitations, des étouffements et présente de l'œdème des membres inférieurs. Le voilà donc constitué à l'état de malade.

Il entre à l'hôpital, la matité cardiaque est augmentée; la pointe est dans le sixième espace et en dehors et cette augmentation se porte aussi bien sur la pointe que sur la base ; l'aorte déborde un peu le bord gauche du sternum.

Les bruits de cœur étaient tumultueux au début. Aujourd'hui, l'impulsion de la pointe est distincte, sans exagération, ni diminution ; les bruits sont normaux, bien frappés et on ne distingue aucun bruit anormal. Pas trace de bronchite, un peu d'emphysème, œdème médiocre, albumine en grande quantité les premiers jours, moindre les jours suivants, fonctions digestives sensiblement conservées.

Voilà donc les renseignements à l'aide desquels nous devrons faire le diagnostic.

Un point est acquis, l'existence d'une hypertrophie cardiaque généralisée sans grand épaissement du myocarde et indépendante de lésion orificielle. On peut affirmer aussi qu'elle n'est pas récente et qu'elle n'est pas causée par la grippe, bien que cette maladie donne lieu à des désordres cardiaques. D'après l'histoire du malade, le début en remonte à la poussée de rhumatisme ou de scarlatine, c'est-à-dire à 18 ou à 16 ans. En l'absence de tout signe autre que l'hypertrophie, le diagnostic doit se faire par exclusion; on exclura donc toutes les hypertrophies par lésions d'orifice, aucun bruit anormal n'existant ni à l'aorte, ni à la mitrale, ni à la tricuspide, le cœur se contractant bien et l'asystolie vraie faisant défaut.

Restent les autres hypertrophies. Ce malade a-t-il une hypertrophie des cavités droites consécutive à la bronchite et à l'emphysème ? Non. L'état pulmonaire du malade n'est pas suffisant pour l'expliquer.

Présenterait-il une hypertrophie par voie réflexe, dans le cours d'une affection de l'estomac, de l'intestin ou du foie, amenant la dilatation du cœur droit ? Non : pas de dyspepsie et, raison objective, pas de dilatation cardiaque ; pas de choc diastolique pas de bruit de galop droit.

A-t-il une hypertrophie du cœur gauche par artério-sclérose, par néphrite ? Il a en effet de l'albumine ; on peut donc discuter, mais on peut aussi répondre négativement, car l'examen du cœur ne montre alors ni hypertrophie localisée du côté gauche, ni bruit de galop, sauf quand le malade arrive à l'asystolie ; enfin la tension est normale, sans hypertension.

Faut-il penser à une hypertrophie des adolescents, ou par prédispositions héréditaires, nervosisme, excès de travail ou bien par efforts exagérés ? Ici, pas d'efforts bien manifestes ; le malade a été soldat, on l'a vite réformé ; quant à son métier actuel de garçon de recette, il ne consiste guère qu'à se promener dans Paris.

Que reste-il ? Bien peu de chose ; l'hypertrophie avec dilatation consécutive à la péricardite et à la symphyse. Par exclusion, c'est à ce diagnostic que j'arrive. C'est cependant un diagnostic délicat ; les signes manquent ou ne sont pas pathognomoniques, c'est donc l'ensemble des signes qui doit décider.

Est-ce d'abord une maladie exceptionnelle ? Non. On la rencontre dans 5 0/0 des autopsies, ce qui fait un vingtième, et sur ce vingtième, la moitié consiste en adhérences générales. On la rencontre à tout âge, dans la vie intra-utérine, comme après, mais surtout de 15 à 20 ans.

Quels sont les signes que les auteurs en donnent ? En première ligne vient l'augmentation de volume, l'hypertrophie que Beau, appuyé sur 48 observations, déclarait constante, mais que Bouillaud déclarait seulement fréquente. Elle est donc habituelle, sans qu'on puisse établir de règle absolue. Dans des cas exceptionnels, il y a même atrophie.

Comment se produit la dilatation ? Par adhérence du péricarde au cœur, à la paroi thoracique et même au rachis, disait Beau, et la dilatation résulterait, d'après Beau, du tiraillement de l'organe. Cette opinion est paradoxale, les adhérences ne pouvant pas produire un allongement en tous sens et en particu-

(1) Leçon recueillie et rédigée par M. le Dr H. GILLET.

Digitized by Google

lier du côté du poumon où le point d'appui n'est pas fixe.

On a supposé (Morel Lavallée) que l'inflammation de voisinage détruit un certain nombre de fibres cardiaques et provoque l'hypertrophie des autres fibres. On comprend bien que le cœur puisse récupérer ce qu'il a perdu, mais on ne voit pas pourquoi il irait au-delà et s'hypertrophierait. On a supposé aussi que l'obstacle au mouvement du cœur exigeait un effort supplémentaire, et qu'il s'en suivait une augmentation des fibres myocardiques, tout travail musculaire exagéré amenant une nutrition exagérée du muscle. Cela irait bien, si l'hypertrophie précédait la dilatation ; mais voici que c'est le contraire qui a lieu. On a supposé aussi, avec plus de raison, que le muscle cardiaque dégénéré, graisseux, granulo-graisseux, résiste moins à la distension et que, dilaté, son effort est plus grand ; en un mot, avec la péricardite, il y aurait de la myocardite, d'où dilatation, puis hypertrophie. On peut ajouter que l'état du péricarde n'est pas chose indifférente. Le péricarde est un sac destiné à faciliter le glissement du cœur ; n'est-il que cela ? Ne serait-il pas résistant, ne servirait-il pas de point d'appui au cœur, surtout dans les efforts ?

Je n'ai pas la démonstration directe de ce fait ; mais s'il en était autrement, le muscle cardiaque serait un muscle sans point d'appui. Et puis qu'une membrane fibreuse s'enflamme ; elle perdra sa résistance, il en est ainsi des ligaments articulaires. N'en serait-il pas de même pour l'articulation cardiaque, quand le cœur a besoin de l'appui du péricarde?

En somme il y a : 1° altération des fibres musculaires du cœur, d'où moindre résistance ; 2° diminution de résistance du péricarde, d'où moindre appui, à preuve les cas de dilatation pure et les cas d'atrophie pure. La cause de cette atrophie peut être mise sur le compte de l'exagération de résistance du péricarde. La péricardite chronique, par ses adhérences, est donc une cause de dilatation et d'hypertrophie ; il est permis de le croire en l'absence de lésion orificielle.

Existe-il ici des signes de symphyse ? La dépression de la paroi thoracique, son retrait, s'accentue moins dans la péricardite que dans la pleurésie, mais il est noté. Chez ce malade on trouve une dépression assez notable du côté gauche, mais cette dépression existe aussi de l'autre côté. On ne peut donc en faire un signe de diagnostic.

Autre fait, pas de diminution et encore moins d'absence du choc précordial ; la pointe est bien déplacée, abaissée, mais elle est aussi déviée en dehors ; or, Beau professait que dans les adhérences péricarditiques, la pointe est plutôt abaissée que déviée en dehors.

On a dit que, dans cette affection, la pointe du cœur battait toujours au même point malgré la position du malade, car à l'état normal, le cœur est un peu mobile par suite de la pesanteur. J'avouerais que ce signe est un peu délicat, car ce déplacement est bien minime à l'état normal et, pour l'apprécier, il faut que le choc soit très-net. C'est donc un signe qui ne rendra qu'exceptionnellement service.

La diminution de ce choc à l'expiration, et, au contraire, son augmentation dans l'inspiration est encore un signe de médiocre valeur. Au reste, on ne l'a noté que dans un cas.

La dépression systolique de la paroi thoracique, par suite de l'adhérence de la pointe, quelquefois assez profonde, a été signalée par Ch. Williams et Simson, mais M. Marey nous a appris à connaître les battements négatifs. Or Traube et Basch ont trouvé ce signe alors qu'il n'existait pas d'adhérences ; ce n'est donc pas un signe exclusif.

Riegel en a donné une autre explication, il admet l'existence d'une adhérence supérieure, empêchant le cœur de s'abaisser et le forçant à s'éloigner de la paroi thoracique, mais cette théorie ne se base que sur deux observations ; c'est donc une question à élucider.

On a constaté un choc diastolique que Friedreich explique par le retour élastique de la paroi thoracique, ce qui semble peu d'accord avec les cas où ce choc se trouve par trop limité. Voilà pour la pointe.

Voyons à la base. Skoda a signalé un choc systolique. On a observé aussi un choc diastolique qui n'est pas spécial ; j'en ai moi-même rencontré dans lequel ce choc venait un peu en retard du second bruit ; ce n'était pas un dédoublement, comme je l'avais pensé, mais un bruit surajouté. La durée excessive de ce choc jointe à l'absence de pulsation de la pointe, prouve une symphise cardiaque généralisée.

De ces battements variables à la pointe ou de la base, de ces oscillations de la paroi, de ces espèces de vagues qui ébranlent la région, je n'ai rien de spécial à dire.

Williams a noté une diminution de la respiration diaphragmatique du côté gauche. Ce signe existe dans d'autres circonstances; il n'a donc qu'une valeur relative.

En vient-t-on aux signes de percussion et à la matité ? On a donné, comme signe de la symphyse cardiaque, l'absence de changement dans l'étendue de cette matité durant les mouvements respiratoires. Quelle détermination délicate ! La recherche de la matité correspondant à la partie découverte du cœur, me semble si difficile que j'y ai presque renoncé ; la lame pulmonaire qui va et vient au-devant du cœur est si mince, que cette démarcation me paraît bien fine et je ne me ferais pas fort de la reconnaître à moins de conditions spéciales.

Et les signes d'auscultation ? Lorsque les valvules sont saines on peut avoir de l'affaiblissement des bruits, comme l'a vu Aran dans deux cas, uniques jusqu'ici.

Chez d'autres malades, on a entendu un bruit surajouté au deuxième ; ce bruit peut avoir une grande signification, s'il est excessif, et j'insiste sur la nécessité de distinguer ce bruit du dédoublement.

On a signalé des bruits de frottement sur le bord gauche du sternum ; le mot froissement n'est peut-être pas tout à fait exact, mais cependant je confesse avoir entendu comme des froissements rudes, qu'on pouvait attribuer au tiraillement de membranes un peu lâches.

M. Dieulafoy a noté un bruit sonore, bruit de guimbarde, qu'il explique par la vibration d'une adhérence tendue. Le fait est certainement vrai, mais j'adopte moins l'interprétation qu'il en donne.

Digitized by Google

On a trouvé des souffles dont je ne devrais pas parler, puisqu'ils ne sont souvent qu'affaire de coïncidence. Certains d'entre eux ont été mis sur le compte de la myocardite des muscles papillaires ou de l'excès de tension, mais ils sont rares, à cause de l'hypertrophie qui est générale ; dans ce cas les valvules se sont appropriées au nouvel état cardiaque et n'offrent pas d'insuffisance fonctionnelle. Je n'en ai jamais vu et je ne les trouve pas formellement établis par les observations.

Le pouls paradoxal, qui consiste dans l'affaiblissement et même la disparition du battement artériel au moment de l'inspiration, a été signalé d'abord par Griesinger, et donné par Kussmaul comme un symptôme de médiastinite ; ce signe, suppose des brides allant de la partie antérieure du cœur jusqu'à l'aorte et comprimant ce vaisseau pendant l'inspiration. Or, ce phénomène existe même à défaut de bride, comme dans la pleurésie et résulte tout simplement d'un retard exagéré du pouls dans l'inspiration. Durant l'effort, il y a rétenue du sang dans le cœur et on enseigne en physiologie que certains sujets par la suspension de la respiration arrivent à diminuer et peut-être à supprimer les mouvements du cœur. Ce signe n'est donc pas spécial à la médiastinite scléreuse.

L'affaissement diastolique des veines du cou par vide intra-thoracique, d'après Friedreich, fournit un autre signe. L'explication de cet observateur est ingénieuse, je la crois bonne ; elle ne suffit pas pour établir que ce phénomène est propre à l'adhérence du péricarde. Non ; car les mouvements du cœur influent normalement sur le contenu des jugulaires. Comme je l'ai prouvé, il y a deux soulèvements. l'un par la systole de l'oreillette, l'autre par celle du ventricule, et deux affaissements, l'un causé par la diastole auriculaire, l'autre par celle du ventricule. C'est donc un phénomène normal ; ici il est exagéré voilà tout.

Enfin, dernier signe ; je parle de la tuméfaction des jugulaires pendant l'inspiration, c'est-à-dire l'inverse de l'état normal. Ici alors, il y a vraiment un mouvement paradoxal, que l'on attribue à quelques brides allant jusqu'à la veine-cave et mettant obstacle à sa réplétion.

Voilà l'énumération peu fructueuse des signes de la symphise cardiaque. Aucun, en effet, ne lui appartient en propre, sauf peut-être la tuméfaction de la veine jugulaire. Cependant, je retiens que la symphise peut exister sans aucun signe, l'hypertrophie exceptée, bien entendu. On trouve fréquemment celle-ci à l'autopsie d'individus chez lesquels on n'avait rien soupçonné pendant la vie.

Chez notre malade, j'ai cherché les autres signes sans les rencontrer. Faut-il renoncer au diagnostic ? Non, le fonctionnement de son cœur n'est peut-être pas trop troublé ; il n'existe d'adhérences, ni aux côtés, ni au sternum et cet organe est peut-être encore mobile. De plus, cette mobilité peut quelquefois être compensée par celle du péricarde. Dans un cas où à MM. Bard et Teissier (de Lyon), on n'avait rien observé pendant la vie, mais on constata par l'autopsie une adhérence complète des deux feuillets du péricarde, celui-ci était entouré de tissu graisseux, lâche, dans lequel le cœur glissait.

L'absence de symptôme indique que la lésion n'a qu'une médiocre importance, et qu'il n'y a pas trop de dégénérescence malgré l'hypertrophie. Des désordres se manifestent-ils ? Il y a alors inaptitude du cœur, et monoplégie cardiaque par efforts. Ce malade a été dans ces conditions, au terme de sa bronchite. A la suite d'efforts et d'excès, son cœur a montré qu'il n'était plus capable de suffire à sa tâche. Quelle a été l'origine de ces troubles ? Est-ce le progrès de la maladie, la compression des veines et des lymphatiques empêchant les déchets de s'éliminer. Est-ce l'action mécanique de l'effort ? Le pronostic serait alors tout différent.

Cet homme n'est pas en asystolie ; sa tension reste bonne ; son cœur ne marque pas d'affaiblissement ; il a seulement subi le contre-coup de la grippe. Il a de la tachycardie, sans autre signe.

Mon pronostic reste donc valable. Ce malade reviendra à peu près à son état antérieur. Aura-t-il une aggravation de celui-ci ? Non. Pas sensiblement. Je n'ai donc pas d'effort thérapeutique à faire et plutôt que de lui être nuisible, je m'abstiens de toute intervention.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I. Des fractures des membres du fœtus pendant l'accouchement. — II. De la bosse séro-sanguine chez les fœtus morts. — III. De l'hémorrhagie dans les cas de placenta prævia, lorsque le fœtus est mort et macéré. — IV. De la variole du fœtus.

I. Des fractures des membres du fœtus pendant l'accouchement. — C'est là une question bien ancienne, mais toujours intéressante en raison de l'intérêt pratique qu'elle comporte. Après les observations de Mauriceau, de De la Motte, Osiander, de Smellie, etc., M. Pajot, dans sa thèse d'agrégation, puis, en 1875, Carl Ruge, apportèrent des documents considérables sur ce sujet. Que l'accouchement soit spontané ou artificiel, les membres du fœtus peuvent se rompre pendant le travail. Mais il va sans dire que l'accident se produit dans l'immense majorité des cas à l'occasion d'une intervention obstétricale. Dans un travail consciencieux paru en juillet dernier, M. Aujay de la Dure rassemble un certain nombre d'observations fort utiles à consulter.

En somme, dans un accouchement spontané, c'est surtout lorsqu'il existe une procidence d'un membre, qu'une fracture peut se faire sur ce membre. S'il existe une présentation du sommet, une chute complète d'un membre supérieur ou des deux bras, ces conditions sont tout à fait favorables à la production de la solution de continuité. Sans doute la contraction utérine, violente et exagérée par la présence d'un obstacle tel qu'un rétrécissement du bassin, peut suffire à elle seule pour briser un os, mais ce sont là des faits exceptionnels, et d'ordinaire les membres du fœtus se rompent pendant le travail au moment d'une manœuvre, surtout si le fœtus est avant terme, surtout s'il est atteint de syphilis congénitale qui frappe si fréquemment le système osseux.

La version podalique par manœuvres internes et l'extraction du fœtus venant par le siège sont les principales circonstances dans lesquelles survient le traumatisme dont nous nous occupons.

La clavicule se brise parfois dans la version, au moment où l'on pratique la manœuvre de Mauriceau pour l'extraction de la tête. Les deux doigts mis en fourche sur l'attache de la nuque à la partie supérieure du tronc viennent malencontreusement appuyer sur l'une ou l'au-

Digitized by Google

tre clavicule et la brisent dans un effort d'extraction. Aussi faut-il prendre garde de ne pas pousser l'extrémité de ces doigts en fourche trop en avant vers la région claviculaire, et de laisser cette extrémité plus près de la partie dorsale que de la face antérieure de la poitrine.

C'est là une véritable fracture directe. La fracture indirecte s'observe lorsque la main de l'accoucheur va à la recherche des bras relevés de chaque côté de la tête venant dernière. Cette main, passant entre le fœtus et la face antérieure du sacrum, comprime l'épaule surtout si le fœtus est gros et le bassin étroit, ploie la clavicule qui se fracture ainsi.

L'humérus se rompt plus fréquemment que la clavicule ; la lésion siège sur la diaphyse, ou à l'union du corps avec une extrémité de l'os. C'est encore pendant l'abaissement artificiel des bras, dans le cours d'une version que l'accident survient. C'est alors que l'accoucheur n'a pas procédé avec prudence et suivant les règles indiquées. Dans une présentation du sommet, une fois la tête expulsée, l'accoucheur introduit un doigt en crochet dans une aisselle, et tire. L'effort est suffisant parfois pour arracher l'épiphyse humérale. La lésion peut être grave, car le périoste est quelquefois déchiré, et la tête de l'humérus fait hernie à travers la boutonnière ainsi formée. En même temps les muscles adducteurs des bras et rotateurs, font tourner en dedans le fragment inférieur, si bien que l'avant-bras est dans l'attitude de la pronation forcée. L'épiphyse sollicitée de son côté par les muscles qui s'insèrent sur elle, se porte en dehors. De là, un aspect tout spécial du membre, sur lequel Muller a beaucoup insisté.

La contention simple ne suffit pas en pareil cas, il faut faire préalablement la réduction. Helferich va même jusqu'à proposer la suture des fragments.

Le fémur se brise aussi soit dans son corps soit vers son extrémité supérieure. Il ne faut pas tirer trop tôt sur le membre inférieur qui est resté relevé le long du tronc, pendant l'extraction du siège ou pendant la version. L'introduction d'un index dans une aine lèse parfois l'épiphyse comme tout-à-l'heure, à propos de l'humérus, la même manœuvre faite sur l'aisselle.

En général ces fractures sont peu graves. Celles de la clavicule guérissent seules. Pour l'humérus et le fémur, on doit user d'un petit appareil contentif, léger, fait par exemple avec un bout de carton ou une carte à jouer.

II. **De la bosse sanguine chez le fœtus mort.** — On a dit bien à tort que cette bosse ne se formait pas chez le fœtus mort. M. Piot cite dans sa thèse des observations de Smellie, Levrel, Lachapelle, de MM. Biot, Budin, Bonnaire, etc., qui démontrent l'existence de cette bosse sanguine sur des fœtus morts. On comprend l'importance de cette donnée au point de vue médico-légal en particulier.

III. **De l'hémorrhagie dans les cas de placenta prævia où le fœtus est mort et macéré.** — Le grand souci de l'accoucheur en présence d'une insertion vicieuse du placenta, c'est le danger de l'hémorrhagie. Un placenta prævia sans perte de sang perd pour ainsi dire toute sa gravité. Aussi a-t-on essayé de déterminer dans quelles circonstances précises la perte peut être évitée. Entre autres choses, on a dit avec Moreau que le fœtus une fois mort, des modifications importantes se produisaient dans la circulation utéro placentaire, modifications qui rendaient impossible toute espèce d'hémorrhagie. Les exemples fournis étaient exacts, mais comme bien souvent on les a généralisés, on en fait la règle absolue, et comme toujours on a eu tort.

M. Pandele, dans un travail récent, a publié un certain nombre d'observations indiscutables dans lesquelles on voit que l'hémorrhagie peut se produire et même dans des proportions inquiétantes, lorsque le fœtus a succombé depuis un certain temps dans la cavité utérine.

La gravité du pronostic, lorsqu'il existe une insertion vicieuse du placenta, diminue peut-être à l'occasion de la mort du fœtus pendant la grossesse. Mais il ne faut pas exagérer, et conserver une quiétude qui ne serait pas de mise. Au contraire, on devra toujours s'attendre à une hémorrhagie et se tenir prêt à la combattre même avec le tamponnement qui est parfois indispensable.

IV. **De la variole contractée par le fœtus dans la cavité utérine.** — Le fœtus peut prendre la variole dans la cavité utérine, soit que sa mère ait été elle-même atteinte de la fièvre éruptive, soit même qu'elle n'ait présenté aucun signe de variole. La femme a pu résister au germe nocif qui, néanmoins a pénétré dans la circulation fœtale par une affection placentaire. La maladie fœtale a toujours une incubation plus longue que celle de l'adulte. Aussi, lorsque une femme enceinte est atteinte de variole, ce n'est qu'un certain temps après sa guérison qu'elle ressentira les effets de la variole de son fœtus.

En effet, lorsque la maladie n'a pas déterminé l'expulsion prématurée de l'œuf, elle retentit, parfois, en infectant le fœtus, sur la santé maternelle. La femme peut être prise de fièvre, de céphalalgie et d'un état général quelquefois sérieux.

La variole fœtale peut guérir, et l'enfant naître à terme. Il présente souvent alors des traces de pustules varioliques. Parfois rien n'indique qu'un fœtus, né d'une mère atteinte de variole pendant sa grossesse, a lui aussi souffert de l'infection. On devra néanmoins le considérer comme suspect, et l'isoler. « Car il peut être en puissance de variole et devenir une cause de contagion ». (Margoulieff).

DEMELIN.

REVUE BI-MENSUELLE DES CLINIQUES

DE FRANCE ET DE L'ÉTRANGER

MÉDECINE

PARIS. — **Des accidents nerveux provoqués par la foudre.** — M. CHARCOT présentait dernièrement à ses élèves un homme qui, marchant sur une route, avait été frappé de la foudre. Après l'accident, lui qui était brave auparavant, fut affolé : il tremblait, il pleurait ; il tenait des propos grossiers et incohérents. Cependant il n'avait pas perdu complètement la mémoire du cas qui venait de subir. Cet état mental, si fréquent chez les individus frappés de la foudre, s'appelle *délire des foudroyés*.

En se relevant, le malade s'était trouvé paralysé de la jambe gauche et aussi un peu du bras. Le lendemain, la jambe gauche était anesthésiée. Dans la rue, il la traînait la jambe. Actuellement, l'anesthésie du membre est complète. En quoi consiste cette paralysie de la jambe ? Diffère-t-elle des paralysies des foudroyés ? On sait que les chocs électriques déterminent des paralysies caractérisées par : 1° une anesthésie quelquefois profonde ; 2° une paralysie motrice ; 3° une diminution de l'excitabilité électrique des muscles.

Ces paralysies ne sont pas durables et disparaissent généralement en peu de temps. Les paralysies produites par la foudre ont un début soudain, et d'emblée elles at-

Digitized by Google

teignent leur maximum d'intensité. Dès l'instant qui suit le choc, ou dès le réveil, s'il y a eu perte de conscience, la paralysie existe, complète ou incomplète ; elle persiste quelques heures ou quelques jours. Elle porte sur le mouvement et la sensibilité. Aux paralysies s'associent quelquefois des contractures de la face. La paralysie ne s'aggrave pas dans la suite ; elle reste quelque temps stationnaire, puis diminue et disparaît au bout de trois mois au maximum.

Chez le malade en question, on remarque que la parésie, ébauchée seulement après le choc, s'est confirmée et aggravée le lendemain de l'accident; première anomalie. Chez ce malade, il existe en outre une abolition complète du goût et de l'odorat du côté paralysé, un rétrécissement concentrique du champ visuel à 30° pour l'œil gauche, à 70° pour le droit, de l'anesthésie pharyngienne, un spasme de la lèvre supérieure du côté gauche, enfin un bégaiement très prononcé qui est apparu le lendemain de l'accident. A la suite d'une émotion, le malade sentit comme une boule lui monter à la gorge, puis des battements dans les tempes ; sa vue se troubla et il perdit connaissance. Le tout se termina par une crise de larmes et, depuis ce moment, il bégaie.

Les divers troubles qui caractérisent l'aura hystérique, se sont renouvelés souvent. Enfin il existe, sur le rebord costal gauche, un point hystérogène dont la pression provoque tous les symptômes de l'aura.

On retrouve, dans ce cas, la plupart des phénomènes observés dans les troubles nerveux consécutifs aux collisions de chemins de fer qui sont purement et simplement de nature hystérique. Le malade étudié par M. Charcot est un hystérique, et l'hystérie s'est développée chez lui à la suite de la fulguration. Mais tous les accidents nerveux observés sont-ils hystériques dès l'origine ? Il est probable qu'il y a eu d'abord, chez ce malade, une paralysie par fulguration sur laquelle la paralysie hystérique est venue se greffer. Il y a eu, en premier lieu, choc électrique, suivi d'une esquisse de paralysie ; puis, à la faveur d'asthénie nerveuse créée par un surmenage récent, l'hystérie s'est bientôt développée.

On conclura donc que : 1° dans les cas de fulguration, en outre des accidents nerveux qui relèvent directement de la commotion électrique, il faut s'attendre à l'intervention de l'hystérie ; 2° lorsqu'une fulguration partielle a déterminé une paralysie simple, si l'hystérie entre en scène, la paralysie hystérique peut se superposer, puis se substituer à la paralysie primitive.

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE (*New-York*). **Des accidents produits par l'électricité.** — M. le Dr Dana ne s'arrête pas aux accidents qui reconnaissent pour cause, non l'électricité elle-même, mais les exigences du service, tels que la crampe des télégraphistes, les désordres de l'ouïe et du cerveau des employés de téléphone. Il insiste sur les dangers que peuvent présenter les courants, dans certaines conditions, surtout ceux qui servent à l'éclairage électrique. Ce sont en général des courants interrompus et alternatifs de 100 à 2.000 volts. Ces courants, quand ils sont en contact avec l'organisme, produisent des effets variables, suivant la manière dont s'est fait le contact et la susceptibilité individuelle.

Dans quelques cas, la victime est simplement étourdie et les parties en contact avec le fil sont brûlées. Dans d'autres, on a observé des paralysies permanentes ; dans d'autres enfin, la mort a été soudaine. Parfois, il n'y a qu'un choc cérébral qui affecte le système nerveux à la façon des autres chocs, et qui produit la neurasthénie ou l'hystérie traumatique. Il n'est pas douteux qu'un courant de 1.200 volts peut, dans certaines conditions, tuer sûrement un homme. On sait, depuis les expériences de Kenelly et d'Edison, que la résistance du corps humain aux courants électriques varie beaucoup suivant les individus. Ces variations dépendent surtout de la moiteur, de l'épaisseur et de la vascularité de la peau (*Medical Record*, 2 novembre 1889).

On peut sans danger être en contact avec un courant alternatif de 406 ohms; mais c'est là un maximum. On ne sait pas encore quel est le plus dangereux d'un courant continu, interrompu ou alternatif. Mais, ce qui est certain, c'est qu'un courant quelconque de 600 ohms peut provoquer des accidents. Le courant électrique produit des brûlures suivant la sécheresse de la peau et des vêtements, ou le degré de résistance du courant qui en résulte. Si la peau est sèche, la brûlure est plus profonde, mais le courant pénètre moins dans l'organisme ; le choc est moindre ainsi que le péril. La peau est-elle humide ? La brûlure est moins forte, mais les effets sur l'homme sont plus intenses. Biggs a montré que les accidents mortels produits par l'électricité se produisent pendant ou après les jours de pluie.

Quand un individu est en contact avec un courant de 300 à 1.000 ohms, il est en général précipité à terre, et il peut se produire un tétanos temporaire. Généralement, il n'y a pas perte de conscience, mais la victime ressent une douleur terrible et est en proie à une violente terreur. Au bout de quelques instants, la contraction musculaire se relâche, le patient peut se mouvoir ; il revient graduellement à lui et, au bout de quelque temps, il est rétabli. La partie qui a été en contact avec le fil reste engourdie pendant quelques heures, mais on ne connaît pas de cas certain de paralysie localisée.

L'électricité, même lorsqu'elle tue la victime, ne produit pas généralement d'altération sérieuse du système nerveux. Elle tend plutôt à altérer le sang, à produire la paralysie et la distension des vaisseaux, quelquefois des hémorrhagies, avec rupture possible des muscles ou des vaisseaux. Cependant, on peut observer des effets de désorganisation du système nerveux, comme le prouvent deux cas de paralysie observés par Dana.

Quoi qu'il en soit, si on compare les accidents produits par l'électricité à ceux causés par le gaz, les machines à vapeur et les chemins de fer, on voit qu'ils sont relativement peu nombreux. En dix ans, il n'y a eu que 600 individus tués par l'électricité dans le monde entier, alors que les accidents de chemin de fer tuent 2.300 personnes chaque année, aux États-Unis seulement.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Un cas d'empoisonnement par l'emplâtre de thapsia, par M. le Dr H. B. Douglass. — Cette observation n'est pas unique : loin de là. Vingt quatre heures après l'application d'un emplâtre de 12 centimètres sur 18, le malade éprouva de l'œdème des paupières, du gonflement de la peau du visage et du cou, et une éruption vésiculeuse avec de l'érythème sur les bras et le tronc (*The med. Record*, 25 janvier 1890).

Le pouls était accéléré et la température augmentée. Le malade accusait des démangeaisons intolérables, des vomissements et des douleurs abdominales. On administra un grand bain alcalin et des alcalins par la voie stomacale. M. Douglass

Digitized by Google

attribue la généralisation de ces phénomènes cutanés au transport de l'emplâtre sur les diverses parties du corps, par les doigts du malade qui se grattait. S. R.

Des insufflations d'iodoforme dans la diphtérie, par M. le Dr Lindley. — C'est à titre d'antiseptique local et aussi pour réaliser l'antisepsie générale que l'auteur a employé cette médication dans neuf cas de diphtérie, dont huit guérirent. (*Boston med. and surg. journal*, 1890, no 8)

Sa technique est simple et consiste à insuffler le médicament finement pulvérisé de manière à en recouvrir complètement la muqueuse. Ses avantages seraient les suivants : 1o faible toxicité ; 2o anesthésie locale ; 3o adhérence très grande de l'iodoforme sur la muqueuse quand il est en poudre impalpable; 4o absence de nausées, de salivation et de crachats ; 5o facilité de son application. S. R.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(*Séance du 11 février 1890*)

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

Prescription des antiseptiques par les sages-femmes — M. Laborde demande qu'on remplace le mot *toxique* par le mot *poison* sur l'étiquette. Il lui semble indispensable d'ajouter au bichlorure une substance capable d'enlever tout danger résultant de l'ingurgitation du bichlorure. Il recommande, dans ce but, le sulfate de cuivre qui est antiseptique, possède une saveur répugnante et produit les vomissements.

M. Laborde préfère aux paquets, une solution titrée. Il propose la suivante :

Bichlorure de mercure	0 gr. 25
Sulfate de cuivre	1 gr.
Acide tartrique	0 gr. 50
Eau distillée	ãã 10 cent. cubes
Glycérine	
Bleu de Perkins	5 milli gr.

A verser dans un litre d'eau.

M. Guéniot. — Il s'agit actuellement de contraindre la sage-femme à employer un certain antiseptique. Quelle responsabilité pour l'Académie! Qu'il y ait un empoisonnement, et que la sage-femme soit traduite devant les tribunaux : elle se mettra sous le couvert de l'Académie. L'action du sublimé comme antiseptique est dangereuse. Est-il nécessaire de recourir à un antiseptique aussi puissant? Même en dilution à 4 0/0, le sublimé peut être dangereux pour certains organismes. Il est dangereux quand la malade a une néphrite, une dysentérie, une anémie très prononcée.

M. Guéniot préfère l'acide phénique au sublimé. Il est parfaitement suffisant comme antiseptique. A Vienne, on se sert avec succès du thymol en solution à 1 0/0.

M. Charpentier réclame pour les sages-femmes la liberté d'employer un antiseptique quelconque, en leur laissant la responsabilité des accidents qui se produiront par leur faute. Il est étonné de voir la Commission choisir le sublimé à l'exclusion des autres antiseptiques. On a choisi précisément le plus dangereux Si on n'avait que celui-là, passe encore, mais il y en a d'autres. On dit que le sublimé n'a causé que 16 décès, mais on ne les connaît pas tous. Dans tous les cas, l'acide phénique n'en a pas produit autant. De plus, on ne parle pas des accidents d'intoxication terminés par la guérison.

Le sublimé ne peut être utilisé dans tous les cas, par exemple chez les femmes atteintes de néphrite, de dysentérie, d'anémie, de rétention du placenta. Or c'est précisément chez ces femmes-là que l'antisepsie est indispensable.

Les précautions prises par la commission pour prévenir l'intoxication ne sont pas suffisantes. Il faut enseigner aux sages-femmes le maniement des antiseptiques. Les sages-femmes, déjà vieilles, ne le connaissent pas et peuvent causer des accidents. Pourquoi rejeter l'acide phénique à 1 0/0, le sulfate de cuivre à 1 0/0, le naphtol ?

M. Charpentier demande qu'on vote: 1o contraindre les sages-femmes aux règles antiseptiques les plus strictes ; 2o leur laisser le choix des antiseptiques, en leur recommandant de préférence le sublimé; 3o rendre les sages-femmes responsables des accidents qu'elles occasionnent.

M. Budin ne voit pas l'utilité d'ajouter à la formule une substance vomitive. La Commission n'a jamais songé, comme le croit M. Guéniot, à contraindre les sages-femmes à employer le sublimé.

Celui-ci n'est pas du reste, à redouter. Si, avant d'en faire usage, la femme était atteinte de néphrite ou de dysentérie, son médecin le saurait et serait là pour empêcher l'emploi du sublimé. M. Guéniot lui-même, à la Maternité, emploie le sublimé. Pourquoi alors le prohiber.

M. Guéniot a trouvé l'emploi du sublimé à 5 0/00 cristallisé à la Maternité. Il n'a rien voulu changer. Du reste, dans cet hôpital, on a affaire à un personnel habitué à manier les antiseptiques. En outre, on ne fait pas usage d'acide tartrique. On peut donc admettre qu'il se forme des albuminates qui empêchent l'absorption du bichlorure et diminuent ses dangers.

M. Brouardel. — On s'égare dans des questions de détail. A la suite de nombreuses épidémies de fièvre puerpérale, le ministre de l'Intérieur a demandé à l'Académie si on pouvait autoriser les sages-femmes à prescrire des antiseptiques. Peut-on, comme le veut M. Charpentier, leur laisser prescrire tous les antiseptiques et leur défendre le sublimé? Non. Depuis plusieurs années, je n'ai jamais fait d'autopsie de personnes empoisonnées par le sublimé, mais j'en ai fait 15 d'individus empoisonnés par l'acide phénique.

L'Académie vote que les sages-femmes peuvent prescrire des antiseptiques.

De la grippe. — M. Lancereaux lit une note de M. le Dr Créquy, d'où il résulte que les employés de la gare de l'Est, occupés au dehors, ont été moins atteints que ceux travaillant dans les bureaux.

M. Terrier lit l'observation d'un malade auquel il a réséqué le sommet de l'apophyse transverse de la 7e vertèbre cervicale développée en côté supplémentaire et comprimant le plexus brachial. F. R.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 février 1890

Présidence de M. le Dr Demontpallier

La grippe chez les enfants pendant la dernière épidémie. — M. Comby a observé 218 cas de grippe chez les jeunes enfants (124 filles et 94 garçons). En dehors de l'influence épidémique, aucune cause occasionnelle, pas même le refroidissement, ne lui paraît devoir être invoquée. La contagiosité de la grippe est difficile à établir, tous les individus étant en même temps soumis à l'action des mêmes germes atmosphériques. M. Comby n'a donc pas conseillé l'isolement absolu des malades, sinon pour le cas de pneumonie infectante. En ce qui concerne les caractères généraux de l'épidémie, il n'a pas vu de récidive bien nette, mais seulement des rechutes dans la forme traînante de la maladie. La mortalité a d'ailleurs été faible; les complications pulmonaires ont été rares. Sur 218 cas, il n'a eu qu'un seul décès par athrepsie.

Les phénomènes nerveux du début, ont été la céphalalgie frontale, la névralgie faciale, la photophobie, la somnolence, le délire nocturne les premiers jours, des convulsions rares et passagères ; quelques étourdissements et une sensation de vertige dans un seul cas. Une courbature, une faiblesse générale, des douleurs lombaires, et dans les membres étaient les principaux symtômes de la convalescence, remarquable

par sa lenteur, qui annonçait en quelque sorte l'ébranlement du système nerveux.

Comme troubles digestifs, il a noté des vomissements, des nausées fréquentes, un état saburral de la langue, de l'anorexie, une soif vive, de la rougeur du pharynx (pharyngite érythémateuse diffuse). Une constipation opiniâtre a été la règle dans la plupart des cas; quelquefois elle a été remplacée par une diarrhée fétide.

La rate ne m'a jamais paru hypertrophiée. La fièvre était élevée dès le début, marquée par des frissonnements dans le dos et dans les reins, accompagnée assez rarement de sueurs abondantes : en général cette fièvre cessait vers le troisième jour. Les températures variaient en moyenne de 39° à 40°; le pouls battait de 120 à 130; ses oscillations n'étaient pas parallèles à celle de la température.

Les troubles respiratoires ont manqué le plus souvent. La toux quinteuse assez fréquente existait en dehors de signes stéthoscopiques, M. Comby l'attribue soit à la pharyngite, soit à une laryngo-trachéite, et rarement l'inflammation a dépassé la bifurcation de la trachée. Le coryza était assez fréquent, s'accompagnant de l'écoulement de liquide pituitaire, glaireux et provoquant une certaine irritation de la lèvre supérieure. La bronchite n'a pas été une complication fréquente (18 cas); plus rare encore a été la broncho-pneumonie (un seul cas). L'épistaxis initiale a été observée chez 18 enfants.

Les éruptions n'ont été observées que 12 fois : l'herpès labial, 4 fois; l'urticaire, 1 fois; la miliaire sudorale, 1 fois; 8 fois il a observé des éruptions érythémateuses à papules rouges, à peine saillantes, occupant le tronc, la face, ou les membres, sans desquamation, rappelant les roséoles syphilitiques.

Les complications oculaires (14 cas) ont consisté en fluxions sur l'appareil lacrymal, en conjonctivites simples ou vésiculeuses, en kérato-conjonctivites papuleuses.

Du côté de l'appareil auditif, M. Comby a noté de la surdit cérébrale par obstruction de la trompe, des otiltes avec perforation du tympan, de l'otorrhée.

En résumé, la grippe a été dépourvue de complications graves chez les enfants, même chez ceux qui étaient affaiblis par une maladie antérieure. Le diagnostic n'a pas offert de difficulté.

Le traitement a consisté dans l'emploi de l'antipyrine associée à la quinine, 0,10 gr. de chaque en un cachet répété 3 à 4 fois par jour; des évacuants : poudre d'ipéca, 0,50 gr. à 1 gr.; des purgatifs, scammonée, 0,50 gr., calomel même dose : huile de ricin, 15 gr.; lait, bouillon, tisanes, œufs, huile de foie de morue, bains salés pendant la convalescence.

M. Laveran a constaté que chez les adultes la fièvre était régulière, et que la courbe thermométrique présentait une grande ressemblance avec celle de la fièvre typhoïde.

Dans les cas moyens, au début, l'ascension thermique se faisait brusquement, annoncée par des frissonnements répétés; dans la période d'état, les oscillations étaient stationnaires; dans la période de défervescence, les oscillations descendantes étaient analogues à celles d'une fièvre typhoïde légère : la durée était pour ces cas de 8 à 10 jours en moyenne.

Dans les cas légers, on notait une ascension brusque de la courbe thermométrique avec une descente analogue. Enfin dans les formes traînantes, la fièvre persistait avec des oscillations irrégulières pendant une vingtaine de jours. Les températures extrêmes ont varié de 39° à 41° 6. M. Laveran n'a jamais vu d'éruptions chez l'adulte.

M. Caget de Gassicourt a reçu peu de grippes dans son service de l'hôpital Trousseau; une douzaine d'enfants au plus y ont été hospitalisés. Les complications ont été rares. Les broncho-pneumonies, si fréquemment tuberculeuses chez les enfants, n'ont pas été augmentées en nombre. La dernière épidémie a donc très peu sévi sur la population infantile de Paris.

— Les microbes de la grippe. — M. Vaillard a continué avec M. Vincent ses recherches. Chez un soldat, convalescent de diarrhée des pays chauds, et ayant succombé à une congestion pulmonaire grippale, il a retrouvé le streptocoque dans le sang de la veine céphalique, dans les poumons, mais non dans la rate. Chez un malade ayant succombé à une pleurésie purulente grippale, compliquée de péricardite et d'hypertrophie de la rate, il a retrouvé le streptocoque dans le parenchyme pulmonaire, dans la pulpe splénique, dans le sang, dans le pus de la plèvre et dans le liquide péricardique où il était associé au pyogènes aurens.

Si ce microbe n'est pas l'agent spécifique de la grippe, il paraît tout au moins jouer un grand rôle dans ses complications. M. Vaillard l'a d'ailleurs retrouvé un grand nombre de fois dans les crachats des grippés, mais jamais pendant la vie, dans le sang où les hématozoaires de Klebs faisaient également défaut.

Les inoculations de quelques gouttes de cultures du streptocoque lui ont donné des résultats positifs chez les souris blanches et les lapins, soit par la méthode sous-cutanée, soit par les injections intra-veineuses. Ces animaux succombaient au bout de 8 à 14 jours, atteints de pleurésies d'hépatisation pulmonaire, de péricardite et même d'endocardite végétante. On constate alors la présence du streptocoque dans les liquides épanchés et dans les parenchymes atteints par l'infection. Ce streptocoque ne paraît pas être autre chose que celui de l'érysipèle, ne diffère pas de celui de la salive, mais paraît posséder une virulence spéciale.

M. Netter. — Les recherches de M. Vaillard montrent que le streptocoque joue un grand rôle dans les complications de la grippe. Mais il ne faut pas oublier que le pneumocoque y prend une part également importante. Weisselbaum l'a trouvé dans les pneumonies grippales. Lui-même a fait des recherches prolongées à ce sujet; depuis le 10 janvier, il a examiné dix pleurésies purulentes, dont sept étaient sous la dépendance du streptocoque, et trois déterminées par le pneumocoque. De plus, il a observé quelques faits dignes d'attention. Un malade est atteint de pneumonie classique, avec la défervescence ordinaire; le huitième jour, débute une pleurésie purulente à laquelle il succombe rapidement. Le pus contenait des microbes en chainette, dont les cultures donnent des streptocoques, mais dont les inoculations déterminent des pneumocoques chez les animaux.

Chez un autre malade, mort de pleurésie purulente, il trouve des streptocoques dans le pus d'un foyer interlobaire et des pneumocoques capsulés dans les bronches. Le même sujet présentait une otite suppurée à pneumocoques.

Le pneumocoque existe également dans la grippe, s'y trouve concurremment avec le streptocoque. Les inoculations de cultures pures du streptocoque ont donné à M. Netter les mêmes résultats qu'à M. Vaillard. H. M.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 Février 1890

Présidence de M. le Dr Terrier

Traitement du pied-bot. — M. Lucas-Championnière chargé d'un rapport sur deux mémoires présentés à ce sujet par M. Romiciano (de Bucharest), et par M. Piechaud (de Bordeaux), expose sa pratique personnelle dans le traitement de ces difformités. Il rejette les appareils orthopédiques, lourds à supporter, d'un emploi prolongé et qui ne corrigent rien. Les diverses ténotomies, ne donnent pas de meilleurs résultats. La vraie méthode de traitement est l'extirpation de l'as-

Digitized by Google

tragale et de tous les os du tarse qui s'opposent au redressement. Le seul os auquel il ne faut pas toucher, est la malléole externe, tuteur naturel s'opposant au renversement du pied en dehors. Après ces larges extirpations, il se reproduit une masse osseuse solide, sur laquelle vient reposer la mortaise péroné-tibiale et qui permet la marche. M. Championnière fait marcher ses opérés, après quelques semaines sans le secours d'aucun appareil. Il leur fait seulement porter des brodequins avec des contreforts latéraux pour empêcher le renversement du pied.

M. Berger fait un premier rapport sur une observation d'amputation interscapulo-thoracique, envoyée par M. Lewis (de Brooklyn). Un homme, à la suite d'une chute sur l'épaule, se fait une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus avec luxations; plusieurs semaines après il se développe, au niveau de la fracture, un sarcome de l'extrémité supérieure de l'os. L'opération, pratiquée suivant la méthode de M. Berger, a donné les meilleurs résultats. Un an après, pas de récidive.

M. Berger lit un second rapport sur deux observations de M. Lecher (de Valenciennes) ayant trait, l'une à un rétrécissement de l'extrémité inférieure du rectum, guéri par l'électrolyse, l'autre à un anévrysme traumatique de l'artère cubitale. Cet anévrysme donnait lieu à des hémorrhagies par l'ancienne plaie, malgré la ligature préalable de l'artère au-dessus du foyer. M. Lecher ouvrit alors complètement le sac, fit une hémorrhagie par les deux bouts de l'artère, et fit la ligature. L'écoulement de sang fut alors complètement arrêté. Il s'agissait d'un anévrysme diffus, sans poche bien limitée; il ne pouvait donc l'extirper, et se contenta de bourrer le foyer avec de la gaze iodoformée. Une surface bourgeonnante se forma et la guérison fut complète.

M. Trélat. — Théoriquement, dans les anévrysmes diffus, il faut bien vider la poche, lier les deux bouts de l'artère, les libérer et détruire par le grattage ou par la dissection, les parois du sac, pour obtenir une réunion immédiate. Lorsque l'on a affaire à de vastes poches, il y a d'ailleurs inconvénient à les remplir de gaze iodoformée et à provoquer une longue suppuration.

M. Reclus fait un rapport sur un mémoire de M. Jeannel (de Toulouse), intitulé de la colotomie iliaque en deux temps.

H. M.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 13 janvier 1890.

Présidence de M. le Dr Michel Dansac

La correspondance manuscrite comprend une lettre de remerciements de M. le Dr Calcaloa, nommé membre associé. La correspondance imprimée comprend : 1° le Bulletin de l'Association française pour l'avancement des sciences ; 2° la Gazette de gynécologie.

M. le Président fait part à la Société de la nomination de MM. Neumann et Delienne dans l'ordre de la légion d'honneur et de M. Grousin, officier d'Académie.

M. Philbert fait un rapport sur la candidature de M. Rabion et conclut à l'admission.

M. Gautrelet fait une communication sur l'électricité animale.

M. Duchesne fait une communication sur la thérapeutique tonicide. Sera publiée.

M. Descroizilles. — L'auteur a-t-il observé des inconvénients de la pelletièrine chez les enfants ?

M. Duchesne. — Non; cette opinion se fonde sur les accidents démasqués chez les adultes.

M. Descroizilles. — Le tannate de pelletièrine ne m'a jamais donné de résultats complets chez les enfants, mais n'a, dans aucun cas, produit de phénomènes fâcheux.

M. Vigier, trésorier, présente son rapport sur l'état des finances de la Société. MM. Julliard et Duchesne, chargés d'examiner les comptes du trésorier, en proposent l'approbation. (Adopté).

Discussion sur l'épidémie régnante. — Sous le titre de l'oreille aux poumons, M. Grousin présente les considérations suivantes. — Dans l'épidémie de grippe que nous traversons j'ai remarqué depuis une quinzaine de jours ce qui suit :

1° Contrairement à ce qui se passait au début de l'épidémie, les congestions pulmonaires et les pneumonies sont beaucoup plus fréquentes.

Elles sont insidieuses et commencées, c'est-à-dire qu'en présence d'un malade qui se plaint seulement de lassitude, d'abattement général, de céphalalgie, avec peu ou presque pas de fièvre, s'il vous prend par curiosité ou par inspiration clinique, l'idée d'appliquer l'oreille à la base des poumons ou dans les creux axillaires, vous êtes tout surpris d'entendre un petit nid de râles crépitants, sous-crépitants, ou les deux à la fois.

Si vous attendez, ils s'étendent les jours suivants, et alors vous vous trouvez en présence d'une pneumonie ou d'une broncho-pneumonie. Si au contraire, dès le début, vous avez recours au vésicatoire, au vomitif, à la quinine, vous jugulez réellement la maladie; vous avez fait œuvre de vrai praticien.

C'est pour cela que, actuellement, le mot d'ordre pour tout médecin soigneux appelé auprès d'un malade, quels que soient les symptômes observés à l'œil et au doigt, est celui-ci : *l'oreille au poumon* !

2° Qui dit grippe, dit dépression des forces, d'où l'indication rationnelle de recourir aux stimulants et aux toniques (cognac, quinquina, acétate d'ammoniaque, etc.), eh bien, j'y ai presque renoncé, au début du moins, dans les pneumonies grippales, après plusieurs insuccès, et je me trouve très bien maintenant de l'emploi de l'émétique à dose élevée (méthode rasoriennne); sauf plusieurs jours après, à recourir aux stimulants.

Il serait trop long et fastidieux d'entrer dans les détails de dix observations que j'ai là sous les yeux. Je dis et j'écris le résumé des impressions d'un praticien qui compte plus de vingt ans d'exercice, et qui est convaincu que, dans l'épidémie actuelle, le devoir de tout médecin, quel que soit l'état du pouls au doigt, des mouvements respiratoires à l'œil, que la toux existe ou non, son devoir impérieux, dis-je, est d'avoir *l'oreille au poumon* !

Mais quoi ! quand ces lignes paraîtront, l'épidémie grippale aura sans doute heureusement rejoint les épidémies d'antan, et nous n'aurons plus, ni l'occasion, ni la peine d'écouter aux portes.

Élection : M. Rabion est nommé à membre associé.

Le Secrétaire : Paul Bloco.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES DE L'ÉTRANGER

Allemagne : Société de médecine interne de Berlin (janvier 1890). — *I. Du diagnostic et de la conduite à tenir dans un cas d'impuissance viril.* — Angleterre : Société obstétricale de Londres (8 janvier 1890). — *II. Quand faut-il provoquer l'accouchement prématuré des femmes phtisiques ?* — Autriche : Société impériale et royale des médecins de Vienne (24 janvier 1890). — *III. La technique et les résultats de*

Digitized by Google

de la suture tendineuse. — Bibliographie. — **Académie de médecine de Belgique** (25 janvier 1890). — *IV. Ostéotomie ou ostéoclasie contre le genu valgum?*

I. Du diagnostic et de la conduite à tenir dans un cas d'impuissance virile. — Cette question est d'intérêt pratique; chaque jour des époux stériles consultent le médecin sur l'origine de leur infécondité. Une récente observation de M. Casper sur un cas de *syphilis méconnue et de guérison de l'impuissance virile*, paraît, à ce point de vue très instructive.

Naguère, quand un mariage était infécond, on incriminait la femme. Erreur! C'était manquer à l'équité, car la stérilité entre époux vient souvent de l'impuissance de l'homme, par aspermatisme ou par azoospermie.

Dans l'aspermatisme, l'éjaculation fait défaut. Pourquoi? Par malformation ou oblitération des canaux éjaculateurs, défaut d'érection ou influences psychiques. La direction des canaux déférents peut être vicieuse et conduire le sperme dans la vessie, soit bien des rétrécissements urétraux ou un phimosis grave peuvent arrêter ce liquide.

L'azoospermie, c'est-à-dire l'éjaculation d'un sperme dépourvu de spermatozoïdes ou véhiculant des spermatozoïdes inféconds, se rencontre chez les castrats, dans la dégénérescence cancéreuse, tuberculeuse ou syphilitique des deux testicules; après des épididymites et les inflammations avec oblitération des canaux déférents ou des vésicules séminales.

Souvent il faut en accuser la syphilis, et même, dans les cas où cette dernière a été méconnue, on peut la soupçonner. Une observation citée par M. Casper le prouve bien. Un homme encore jeune, marié depuis deux ans à une femme bien constituée, vient le consulter. L'exploration est muette; pas de lésions viscérales; pas de malformations génitales; rien, sauf une induration épididymaire, des adénites inguinales, et, sur le fond du pharynx, une petite ulcération.

L'examen microscopique du sperme démontre l'absence des spermatozoïdes. Malgré la non existence d'orchite spécifique, malgré les dénégations du malade, on soupçonne la syphilis, on prescrit des onctions mercurielles et on administre l'iodure. Trois mois après, les glandes inguinales étaient réduites de volume, le sperme contenait quelques spermatozoïdes paresseux. L'oligospermie avait donc remplacé l'azoospermie. On continua le traitement ioduré. En juillet, nouvel examen du sperme; le nombre des spermatozoïdes s'est accru; ils sont vivaces et, en septembre, le malade, guéri de son impuissance, féconde sa femme qui, à terme, accouche d'un enfant sur lequel les stigmates de la syphilis héréditaire n'étaient pas douteux.

Cette observation mérite d'être retenue. Pour M. Casper, à côté de lésions organiques provoquant l'azoospermie, la syphilis agirait sur les spermatozoïdes par une sorte d'action toxique générale. C'est une hypothèse; M. Furbringer, son collègue, le déclare. Soit, mais laissons les membres de la Société de médecine interne de Berlin discuter sur cette pathogénie et cherchons d'après le fait clinique quelle est la conduite à tenir dans un cas d'impuissance virile?

1° Il faut reconnaître s'il existe de l'azoospermie ou de l'aspermatisme.

2° Dans les cas où la syphilis doit être soupçonnée, cas somme toute très fréquents (20 cas sur 100 d'après Liégeois et Bryson, — 50 cas sur 100 d'après Zeissl), on doit prescrire le traitement spécifique d'épreuve, iodure de potassium et préparations mercurielles.

3° Il faut pendant la durée du traitement procéder périodiquement à l'examen histologique du sperme. C'est le seul moyen de suivre les progrès de la guérison et de constater l'impuissance ou l'efficacité du traitement.

II. — Quand faut-il provoquer l'accouchement prématuré des femmes phtisiques? — C'est un grave problème: quelques accoucheurs contestent l'utilité de le formuler et les membres de la Société obstétricale de Londres n'ont pu se mettre d'accord sur l'opportunité de le résoudre.

Une observation de M. Duncan en était pour eux l'occasion. Il s'agissait d'une phtisique, déjà bipare, chez laquelle, pendant les grossesses précédentes, les lésions pulmonaires s'étaient aggravées. A ce point de vue, la troisième grossesse lui paraissait redoutable. M. Duncan pratiqua l'avortement dès le début de la conception.

Est-ce la conduite à tenir dans d'autres cas analogues?

Oui, d'après l'accoucheur anglais, parce que, à son avis, — contesté, ajouterons-nous — la grossesse fait progresser les lésions pulmonaires. On doit donc, pense-t-il, n'hésiter pas à le faire, pratiquer l'avortement au début de la grossesse, 2° si cette dernière est trop avancée, attendre le moment où l'enfant est viable et alors intervenir par la dilatation progressive du col, la version et au forceps quand la marche lente de la phtisie en donne le temps; par l'avortement provoqué, si la tuberculose est avancée et sur une marche aiguë.

Non: répondent les adversaires d'une pratique, qui en se généralisant, autoriserait des abus et des crimes; l'observation clinique la condamne autant que la morale. En effet, objecte M. Playfair, l'accouchement prématuré n'arrête point la marche du processus tuberculeux; en effet, d'après M. Chaumier, dans la tuberculose maternelle, la vie de l'enfant n'est point immédiatement menacée, et celle de la mère est déjà trop compromise pour qu'il soit possible de la sauver; en effet, répond M. Routh, le danger le plus grand se produit pendant la lactation, car durant la grossesse, on voit souvent les lésions pulmonaires des femmes enceintes demeurer stationnaires.

Un fait se dégage donc de ce débat, c'est d'intervenir non pas systématiquement, mais seulement quand l'enfant, étant viable, et la phtisie avancée, il y a menace de mort rapide par l'extension des lésions pulmonaires, ou l'intensité de la dyspnée.

III. La technique et les résultats de la suture tendineuse. — Bien que peu nouvelle, cette opération n'est pratique que depuis l'adoption de la méthode antiseptique.

M. Schuessler (de Vienne) déclare que l'on en obtient les meilleurs résultats à la clinique chirurgicale de M. Billroth, que l'on procède, soit par chevauchement des tendons, soit par suture de leurs deux extrémités.

Le premier procédé est préférable par sa rapidité. Voici la technique que M. Schuessler emploie:

1° *Le tendon coupé n'est pas retracté*? On fait chevaucher ses deux bouts, on les serre dans une même ligature et on immobilise le membre.

La durée de l'immobilisation absolue varie de trois semaines pour les tendons extenseurs à quatre ou cinq semaines pour les tendons fléchisseurs. On supprime graduellement quelques abusements; puis on pratique quotidiennement le massage jusqu'à la guérison complète qui se produit après quatre ou huit semaines.

2° *Les tendons sont retractés dans leur gaine.* Il faut fendre la gaine et aller chercher les deux extrémités du tendon. Où pratiquer l'incision? En avant, sur la paroi sous-cutanée de cette gaine? Non, car trop souvent la matière obtenue est adhérente à la plaie.

Sur les parties latérales? Oui et d'après MM. Schussler et Billroth, on évite ainsi le voisinage et les adhérences de la cicatrice de la plèvre avec celle de la gaine tendineuse.

L'emploi des ligatures perdues et une minutieuse antisepsie sont, cela va sans le dire, les conditions du succès d'une opération, qui, en 1750, au temps où Heister l'imaginait, était suivie, trop souvent, de septicémie et de fusées purulentes.

Digitized by Google

IV. **Ostéotomie ou ostéoclasie contre le genu valgum?** — Quelles sont les indications opératoires de l'une ou l'autre méthode ? M. Casse (de Bruxelles) en fixe ainsi le choix.

A son avis, qu'il n'est pas seul à partager, le rachitisme est la cause habituelle du genus vulgum. On doit donc employer des procédés opératoires différents, suivant l'état de consistance des os.

Sont-ils en *ramollissement* ? Un grand effort ne paraît point indispensable. L'os est malléable ; on pratiquera le redressement manuel.

L'ossification est-elle complète ? On a le choix entre l'ostéoclasie ou l'ostéotomie. Ici encore, il faut motiver ce choix d'après la consistance du tissu osseux. Existe-t-il de l'*éburnation* ? Point de doute, l'ostéotomie sera la méthode de choix.

L'ossification est-elle moins complète? L'ostéoclasie, en particulier, avec l'ostéoclaste de Robin, procure de nombreux succès. Ici, encore cependant, il y a lieu de tenir compte d'un détail opératoire important.

Faut-il pratiquer le redressement, immédiatement après la fracture ou bien attendre un délai de quelques jours ? Dans son procédé classique, Robin adopte le sursis.

M. Casse procède plus rapidement. Son expérience clinique lui a, dit-il, montré l'avantage de pratiquer successivement et sans retard :

1° L'ostéoclasie ;

2° Le redressement immédiat après la fracture ;

3° L'immobilisation du membre dans le bandage plâtré suivant la méthode de Scheeder.

On abrège ainsi la durée du traitement et, contrairement à des craintes inopportunément exprimées, on n'a pas à redouter que le bandage soit sali par les urines. C'est une question de précaution. N. R.

REVUE DES LIVRES

Leçons de thérapeutique et de clinique médicale sur les maladies du cœur et des vaisseaux, par M. le Dr Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat. Paris 1889.

In medicina majorem vim facit experientia quam ratio. Ce précepte, emprunté à Bazlivi, pourrait servir d'épigraphe au remarquable *Traité des maladies du cœur et des vaisseaux*, que M. le Dr Huchard vient de présenter au public médical. C'est qu'en effet, il ne s'agit point ici d'une œuvre abstraite, écrite dans le cabinet et appuyée sur la théorie pure, ou sur les résultats problématiques d'expériences hâtives de physiologie pathologique. C'est par l'observation journalière et rigoureuse des malades, que s'est édifié peu à peu ce travail, fruit de vingt années d'une observation patiente et réfléchie.

Le volume s'ouvre par trois leçons préliminaires de pathologie générale, sur les *Indications thérapeutiques*, dans lesquelles, après avoir rappelé et réfuté brièvement les erreurs doctrinales des anciens, l'auteur s'efforce de montrer, par des exemples bien choisis, que les indications thérapeutiques découlent de la pathogénie des accidents morbides, de l'âge des malades, de la lésion anatomique, de l'ensemble symptomatique et enfin de l'état diathésique.

Au quatrième chapitre nous entrons dans le cœur même du sujet par une leçon originale sur un sujet nouveau et fécond en applications thérapeutiques : *la tension artérielle dans les maladies*. A l'aide des sphygmomanomètres de Potain et de Basch (de Vienne) M. Huchard a étudié l'état de la tension artérielle dans les maladies. Il insiste particulièrement sur les caractères du pouls dans la fièvre typhoïde ; il appuie surtout sur la gravité pronostique que présente l'existence simultanée de l'accélération de l'ondée radiale et de *l'embryocardie*. Sous ce nom, il désigne un caractère particulier des bruits du cœur, consistant : 1° dans leur accélération (tachycardie) ; 2° dans la similitude de timbre des deux bruits systolique et diastolique ; 3° dans l'égalité presque complète des deux silences. Il y a une ressemblance étroite entre ce phénomène et les bruits du cœur du fœtus pendant la gestation, d'où le nom de cœur fœtal, ou d'embryocardie. Celle-ci reconnaît pour cause un affaiblissement du cœur et un abaissement considérable de la tension artérielle ; elle est le signe avant-coureur de la mort prochaine ; il est donc bien important de la savoir reconnaître. D'ailleurs, elle n'est point propre à la fièvre typhoïde ; on peut la retrouver dans la pneumonie, la méningite, la tuberculose méningée, la phtisie pulmonaire et à la dernière période des différentes cachexies. L'interprétation pathogénique de ce syndrome conduit d'elle-même aux indications thérapeutiques qu'elle commande : le danger est au cœur et aux vaisseaux. Pour ramener l'énergie contractile du premier, on donnera la caféine ; pour relever la tension artérielle, on s'adressera à l'ergot de seigle. C'est là, entre autres, un exemple d'*hypotension artérielle* souvent spéciale à la fièvre typhoïde (Potain).

Par opposition, il y a des maladies où *l'hypertension artérielle* occupe la place prépondérante ; telle est, par dessus tout, l'artériosclérose. Cette hypertension, dont le stade initial réside dans un resserrement spasmodique du système artério-capillaire (né sous l'influence de la goutte, de l'arthritis, du saturnisme, du tabagisme, etc.) et se traduit cliniquement par de la dyspnée, à l'occasion des efforts, par des palpitations, de l'anxiété précordiale, des algidités locales, des tendances à la somnolence, aux vertiges, etc. Ici la thérapeutique consiste à soutenir le cœur et à diminuer les obstacles périphériques. Dans ce but, ce n'est plus aux vaso-constricteurs qu'il faut s'adresser, mais aux médicaments dépresseurs de la tension artérielle, aux iodures, à la trinitrine, au nitrite d'amyle. Il faut encore favoriser la dépuration urinaire, avoir recours aux boissons diurétiques, aux bains répétés, aux lotions froides, aux frictions excitantes sur les membres inférieurs et au régime lacté.

Les notions générales sur l'hypertension artérielle, conduisent M. Huchard à l'étude d'une maladie très-intéressante et encore assez peu connue : *l'aortite aiguë*. Celle-ci reconnaît deux facteurs pathogéniques : l'exagération de la tension artérielle et l'irritation inflammatoire du vaisseau par un sang adultéré par les diathèses ou les intoxications. Dans trois leçons, consacrées à l'aortite aiguë, l'auteur décrit, avec grands détails, les altérations anatomiques, l'allure clinique de la maladie, son diagnostic et les nombreuses prescriptions hygiéniques qu'elle comporte ; après quoi il entre dans l'étude si importante de l'*artério-sclérose*.

Il établit tout d'abord la différence qu'il y a entre celle-ci et l'athérome, trop souvent confondus dans le langage médical. Ces deux mots servent à désigner deux états, deux localisations d'un même processus : l'artérite des petits vaisseaux. L'athérome artériel reste longtemps localisé aux gros vaisseaux, sans grande tendance aux dégénérescences irritatives des viscères ; l'artério-sclérose affecte les petites artères et produit rapidement du tissu conjonctif, dans la trame des organes.

Sans entrer dans le détail des lésions consécutives à la sclérose dans chaque organe, en particulier, l'auteur insiste tout particulièrement sur l'artério-sclérose du cœur, dont il distingue trois variétés anatomiques :

1° La *sclérose dystrophique*, déjà indiquée par les travaux d'Hippolyte Martin, et bien étudiée par les recherches de M. Huchard et de son interne M. Weber, est consécutive à l'endartérite oblitérante des vaisseaux coronaires. Elle a son point de départ dans chaque territoire vasculaire, le plus loin possible de l'artère, et le processus marche ensuite de la péri-

Digitized by Google

phérie au centre, de telle sorte que les fibres musculaires les plus rapprochées du vaisseau oblitéré sont les dernières atteintes. 2° La *sclérose inflammatoire* est une conséquence de la périartérite. Les lésions se propagent le long des vaisseaux malades, elles sont inflammatoires et progressent du centre à la périphérie. 3° La *sclérose mixte* procède des deux variétés précédentes.

Les types anatomiques une fois bien établis, l'auteur étudie avec soin les causes si nombreuses de l'artério-sclérose ; il les divise en trois groupes : 1° *les causes diathésiques* qui comprennent le rhumatisme chronique, la goutte et l'arthrite ; 2° *les causes toxiques* : l'alcoolisme, la syphilis, le saturnisme, l'impaludisme et le tabagisme ; 3° *les causes infectieuses* : la fièvre typhoïde, la variole, l'érysipèle, la diphthérie et la tuberculose. Enfin il existe encore deux derniers groupes dans lesquels on doit faire entrer le surmenage, la vieillesse et la ménopause.

Quelle que soit d'ailleurs l'origine de l'artério-sclérose, la symptomatologie présente plusieurs stades, essentiellement différents au point de vue du pronostic et du traitement. La période de début (stade *préartériel*) est caractérisée par un spasme plus ou moins permanent du système artériel, sous l'influence des agents irritants qui circulent dans le sang : acide urique, plomb, alcool, etc. Cette période est curable par l'hygiène et le régime alimentaire d'où seront exclus les aliments plus ou moins riches en ptomaïnes où en matières extractives. A la seconde période (stade *artériel*) la maladie est constituée, mais elle est encore curable, principalement par le traitement ioduré. Enfin la dernière période (*artério-viscérale*) reste au-dessus de toute intervention active ; elle est caractérisée par l'envahissement des différents viscères, la sclérose étouffant les éléments nobles des organes.

Cette étude, si intéressante, de l'artério-sclérose conduit l'auteur à proposer, pour les affections organiques du cœur, une classification toute nouvelle et ingénieuse : il considère que les cardiopathies peuvent être divisées en deux classes :

a. les *cardiopathies valvulaires*, qui commencent à la valvule, pour finir au muscle cardiaque et aux vaisseaux, caractérisées à leur début par la tendance à l'hypotension artérielle ;

b. les *cardiopathies artérielles ou vasculaires* qui commencent aux vaisseaux et au myocarde, pour finir à la valvule, et qui se traduisent au contraire, par tous les signes de l'hypertension artérielle.

Nous ne saurions insister davantage sur l'importance de cette conception originale des affections du cœur, dont la thérapeutique a fait son profit ; le sujet est trop important pour être résumé en quelques brèves considérations ; nous renverrons le lecteur au livre lui-même.

Les chapitres qui suivent, sont consacrés à l'histoire de *l'angine de poitrine*. Par leur richesse bibliographique, le nombre des observations et les développements considérables qu'ils renferment, au point de vue de la pathogénie et du traitement de la maladie, ils constituent un véritable « Traité de l'angine de poitrine. » Après avoir séparé l'affection en deux groupes : les angines vraies et les pseudo-angines de poitrine, M. Huchard pose cette conclusion, appuyée sur un grand nombre d'autopsies, que l'ischémie du myocarde est la cause prédatrice de l'angine de poitrine vraie, celle dont on meurt, et que le plus souvent cette ischémie est réalisée par le rétrécissement ou l'oblitération d'une des artères coronaires ou des deux coronaires à la fois.

Il passe ensuite en revue, le groupe si nombreux des pseudo-angines de poitrine nées sous l'influence d'une intoxication : tabac, alcool, thé, etc., celles que l'on rencontre chez les hystériques, dans l'irritation cérébro-spinale, la neurasthénie, à la suite des névralgies du membre supérieur, ou encore dans le cours de certains troubles digestifs, d'origine gastrique. Un chapitre tout entier est consacré au traitement de l'angor pectoris : l'auteur insiste sur l'utilité incontestable de la médication iodurée dans les angines vraies, et, sur les heureux effets au moment de l'accès de stéraalgie, du nitrite d'amyle et de la trinitrine.

Le traité se termine par une série de leçons pratiques sur la digitale, sur ses indications, et sur les meilleurs moyens de l'administrer dans la cardiothérapie.

Tel est, en quelques lignes, le résumé des leçons que M. le Dr Henri Huchard vient de faire paraître. Ce livre qui a été écrit, pour ainsi dire, jour par jour, au lit du malade, est l'œuvre d'un observateur, qui parle au nom de la clinique, discute les faits avec une logique serrée et fait justice des spéculations toutes théoriques, avec une rare indépendance. Une entière bonne foi un style clair et souvent imagé, une originalité de bon aloi, voilà autant de qualités, habituelles à l'auteur, que nous sommes heureux de retrouver dans cet ouvrage, utile aux élèves, pour apprendre, utile aux médecins, pour parfaire leur éducation médicale. Ce travail considérable fait le plus grand honneur, non-seulement au médecin de l'hôpital Bichat, mais aussi à l'enseignement médical des hôpitaux.

ERNEST BARIÉ.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I. *L'Association générale des médecins de France et le tarif des expertises médico-légales.* — II. *L'Association médicale mutuelle de la Seine.* — III. *L'indemnité en cas de maladie et les médecins des départements.*

I. L'Association générale des médecins de France et les tarifs des expertises médico-légales. — Dans sa prochaine assemblée générale, l'Association doit discuter un vœu que la Société des médecins de l'Aveyron a formulé « sur la réforme de la loi de 1811, concernant « les honoraires à attribuer aux médecins pour les opé- « rations médico-légales. »

Ce débat, si débat il y a, arrivera fort à propos après la circulaire ministérielle dont nous avons donné connaissance à nos lecteurs dans le n° 5 de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* de cette année.

Dans l'intérêt même de la cause qu'il faut défendre, il serait urgent de voir un accord unanime préparer les démarches du Conseil général auprès du Garde des Sceaux, si toutefois des démarches sont faites directement au ministère de la Justice. En tout cas, ne serait-il pas utile que des *délégués nommés spécialement* par les Sociétés locales à l'effet de résoudre cette question soient adjoints aux membres du Conseil général de l'Association ?

Tous nos confrères, dans les campagnes ou les petites villes, sont exposés à subir le décret de 1811. A Paris et dans les grands centres, le nombre des experts habituels auprès des tribunaux est restreint. Il importe de faire appel à de la majorité des opinions et non de transmettre aux autorités les vœux de quelques uns seulement. Nos confrères des départements ont donc le droit d'obtenir la prépondérance des voix dans les débats, et à faire prévaloir leur avis dans les résolutions qui seront adoptées. L'Association générale ferait donc acte de sagesse de libéralisme et d'équité en leur accordant cette prépondérance.

Au reste, le Conseil général semble le reconnaître par la circulaire qu'il adresse, paraît-il, aux présidents de toutes les sociétés locales, en leur demandant une indication précise du chiffre des honoraires qu'elles adoptent et qui doit remplacer celui que le tarif dérisoire de 1811 alloue aux experts.

On ne peut qu'approuver l'esprit de cette circulaire,

Digitized by Google

si elle doit avoir, comme nous en formulons le vœu, pour résultat, l'établissement de propositions uniformes et demandant un tarif équitable et modéré. Chacune des Sociétés le transmettrait au Procureur général chargé, dans le ressort de chaque parquet, de procéder à l'enquête, et l'accord unanime des membres de notre grande Association, aurait certainement pour effet de rendre plus imposante cette manifestation de solidarité professionnelle.

II. L'Association médicale mutuelle de la Seine. — Cette vaillante et aujourd'hui prospère Association a tenu ses assises annuelles le 2 février dernier. Déjà en 1887 et 1888, la *Revue générale de Clinique et de thérapeutique* a rendu hommage à la généreuse initiative de son fondateur, notre distingué et sympathique confrère M. le Dr Gallet Lagoguey.

Cette année nous constatons de nouveau et avec satisfaction le développement rapide que son dévouement imprime à la Société dont il est le président.

En 1887, les sociétaires étaient au nombre de 60, en 1889, on en comptait 120, en 1889 voilà qu'ils dépassent 149. Le taux de la cotisation est de dix francs par mois, l'équivalent de l'indemnité quotidienne allouée au sociétaire en cas de maladie.

En 1889, l'Association a payé 329 journées de maladie, soit une moyenne de 3,21 par sociétaire; en 1889, malgré les circonstances défavorables d'une épidémie dont huit de ses membres ont été les victimes, elle est, selon l'heureuse expression de M. Lagoguey, « sortie à son honneur de cette épreuve qui semble décisive. »

Oui, cette épreuve est décisive, ajouterons-nous, puisque pour 149 sociétaires, il a été payé 329 journées de maladies soit une moyenne de 2,88 par associé, chiffre qui se rapproche comme, M. Rondeau l'a montré, des chiffres de 2,95, donnés par la puissante Société mutuelle des médecins anglais.

Faire de bonnes finances, c'est faire de bonne politique; cette paraphrase d'un mot célèbre est exacte dans les pièces, et nous dirons, en félicitant nos confrères du succès de leur œuvre : continuez à faire d'aussi de bonnes finances et vous ferez la plus puissante des propagandes.

III. L'indemnité en cas de maladie et les médecins des départements. — C'est vraisemblablement le motif pour lequel la question de l'indemnité en cas de maladies est à l'étude dans un grand nombre de Sociétés locales.

Dans la Haute-Garonne, l'Allier et la Gironde, les Vosges et la Loire, des projets sont à la veille d'être adoptés. Dans l'Aisne et la Marne ; un confrère dévoué aux intérêts professionnels, M. Lécuyer, s'en occupe activement et une association s'est formée qui déjà fonctionne.

Un des médecins les plus éminents de la Somme, M. Surmay (de Ham) propose à l'Association générale de se rattacher au principe de l'Association médicale mutuelle. Dans l'une des dernières réunions de la Société locale de l'Aisne, il a éloquemment et chaleureusement plaidé cette cause. Bref : le mouvement d'opinion dont M. Gallet Lagoguey a été en France l'initiateur se propage. Les plus récalcitrants sont obligés d'en convenir et sans nul doute, un jour viendra où sous cette pression, le Conseil général de l'Association des médecins de France adoptera, sinon la formule, du moins le principe de cette œuvre de sage prévoyance et de bonne confraternité médicale. Ce sera un jour heureux pour l'Association et un hommage légitime envers l'initiateur parisien de cette forme si utile de l'assistance mutuelle, et confraternelle.

R. S.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

Comment faut-il faire l'antisepsie ?

L'antisepsie préopératoire.

L'antisepsie, est-il besoin de le répéter, a révolutionné la chirurgie tout entière. En supprimant les redoutables complications qui s'abattaient jadis sur les plaies avec une désespérante monotonie, elle a abaissé, dans une proportion vraiment étonnante, le chiffre de la mortalité immédiate des opérés. Sous son couvert, le chirurgien, rendu plus audacieux, pratique sans risque pour la vie du malade, des opérations que les grands maîtres du début de notre siècle n'eussent jamais osé entreprendre. Toutefois, il est essentiel de le retenir, les résultats actuellement réalisés dans le traitement des plaies opératoires ne sont en aucune façon comparables entre eux ; ils sont susceptibles d'être modifiés par une foule de facteurs qu'il ne faut jamais perdre de vue.

Le terrain sur lequel on agit, les états généraux et diathésiques jouent à cet égard un rôle de premier ordre que nous examinerons ultérieurement. Pour l'instant, admettons la même opération exécutée pour une même lésion chez deux sujets placés dans des conditions identiques ; il vous arrivera parfois d'observer chez l'un la réunion par première intention, tandis que la guérison de l'autre sera retardée par des accidents plus ou moins prolongés. Des résultats si différents ne s'expliquent que par la manière dont l'antisepsie a été pratiquée, (en prenant ce mot antisepsie dans son sens le plus large), puisque nous supposons deux cas cliniques pour ainsi dire identiques, deux plaies opératoires suturées et drainées de la même façon, placées dans les mêmes conditions au point de vue de la tension des tissus et de l'écoulement des liquides sécrétés.

Pourquoi donc ces différences ? C'est qu'il y a antisepsie et antisepsie. Tel opérateur suit à la lettre les préceptes de la méthode et a soin de prendre toutes précautions; tel autre, adepte fervent des doctrines listériennes croit lui aussi, n'avoir commis aucune infraction aux règlements, cependant, il a fait dans l'application de la méthode une faute parfois si légère, qu'elle passe presque inaperçue.

C'est cette petite faute, néanmoins, qui a compromis le succès de l'intervention, en permettant l'accès ou le développement des germes infectieux. Car, si la nécessité de l'antisepsie est à peu près universellement reconnue, si les principes généraux de la méthode sont bien connus, il n'en est peut être pas de même d'une foule de détails secondaires qui nous occuperont surtout ici. Nous y insisterons à dessein, au risque de paraître méticuleux et de fatiguer le lecteur, mais, les praticiens qui nous liront nous sauront gré de les avoir mis en garde contre ces petites fautes, si faciles à commettre auxquelles nous faisions allusion tout à l'heure.

Je suppose que vous soyiez appelé auprès d'un homme dont la jambe vient d'être broyée par un wagon. Cet homme est en bonne santé; il n'est ni albuminurique, ni diabétique : ce n'est pas davantage un alcoolique ; il n'existe aucune contre-indication opératoire du côté de l'état général et de l'état local. La conservation du membre est reconnue impossible ; l'amputation de la cuisse au tiers inférieur est jugée nécessaire. Comment allons-nous procéder pour réaliser une antisepsie parfaite ou tout au moins suffisante ?

Tout le monde reconnaît l'importance de l'antisepsie préventive et les perfectionnements réalisés à cet égard par Reverdin, Tripier, Poupinel, Terrillon, Bergmann et autres, ne laissent guère à désirer. Mais les moyens em-

ployés dans les centres chirurgicaux pour détruire les germes infectieux avant l'opération, ne sont pas à la portée de chacun ; à la campagne dans une petite ville nous aurons difficilement à notre disposition un filtre Chamberland, une étuve de d'Arsonval, etc. Privés de cet outillage perfectionné, sommes-nous, néanmoins, en mesure d'obtenir une antisepsie suffisamment rigoureuse ? Nous pensons, d'après ce qu'il nous a été d'observer dans les services de MM. Tillaux et Le Dentu qu'en dehors des cas spéciaux dont nous nous occuperons plus tard, on arrive à une désinfection satisfaisante à l'aide de l'eau bouillie, *pourvu qu'elle ait été soumise à une ébullition prolongée*, à l'aide des solutions d'acide phénique et de bichlorure de mercure, enfin à l'aide d'une lampe à alcool.

Les instruments seront plongés dans l'eau bouillante pendant une demi-heure environ, puis frottés énergiquement avec une compresse antiseptique. Ce mode de nettoyage ne suffit pas, toutefois, pour les sondes cannelées, les pinces à disséquer, les pinces à forcipressure, les érignes, etc., en un mot pour tous les instruments, offrant des dents, des rainures, des cannelures.

Il faut avoir soin de les brosser, ou mieux encore de les passer dans la flamme d'une lampe à alcool. Ce dernier procédé est tout-à-fait indispensable pour la désinfection des aiguilles tubulées, dans lesquelles on fera bien de passer un courant de chloroforme. Les pinces hémostatiques dont l'articulation des mors est à vis fixe, est inférieure au point de vue de la facilité de l'antisepsie, aux pinces démontables à tenon ou à crochet. Il va sans dire qu'on ne touchera aux instruments, pour les préparer, qu'avec les mains bien désinfectées.

Dès qu'ils sortent de l'eau bouillante, ils seront plongés dans l'acide phénique à 1 pour 20, dans lequel ils doivent séjourner jusqu'au moment de l'opération. On évitera de les mettre en contact avec le sublimé qui a l'inconvénient de les ternir. La solution phéniquée forte abîme rapidement les couteaux, les bistouris, émousse leurs tranchants et on les trempera avec avantage dans une solution de naphtol camphré.

Evitez enfin, si vous le pouvez, de vous servir d'instruments récemment souillés par le contact du pus, par exemple d'un bistouri, qui aurait servi la veille à l'incision d'un phlegmon diffus, d'une infiltration séreuse, d'une suppuration du creux ischio-rectal, etc.

Les instruments dont le chirurgien surveille ou pratique lui-même la désinfection, sont plus rarement le moyen de transmission des germes septiques que les fils des ligatures et des sutures, préparés par des mains étrangères. Les fils de soie, les crins de Florence sont peu à craindre, car ils sont faciles à nettoyer. Pour les premiers, M. Terrillon a indiqué un procédé à la fois sûr et rapide ; il consiste à les plonger dans l'eau bouillante pendant dix minutes, puis dans une solution de sublimé au millième, enfin de les passer à nouveau dans l'eau bouillante au moment de s'en servir. Pour désinfecter les fils métalliques il suffit de les passer successivement dans la flamme d'une lampe à alcool et dans une solution antiseptique. On voit quelquefois de petits foyers purulents, exactement limités au trajet des fils à suture ; ces abcès, semble-t-il, doivent surtout être mis sur le compte des aiguilles, non suffisamment aseptisées, qui servent à poser des fils.

Pour le catgut, presque exclusivement fabriqué par le commerce, la chose est tout différente, et il est certain que des accidents de suppuration lui sont souvent imputables. Nous n'avons pas l'intention de reproduire ici tous les modes de préparation qui ont été indiqués ; quelques-uns nous semblent peu pratiques, parce qu'ils nécessitent un séjour de plusieurs mois dans des liquides divers pour que le fil acquière sa résistance et ses qualités antiseptiques.

Il faut que le praticien puisse lui-même préparer son catgut quand il en aura besoin, et il est indispensable qu'il en soit absolument sûr. Roux le laisse tremper pendant huit jours dans l'huile de térébenthine rectifiée, puis le lave pendant un quart d'heure dans l'éther absolu et le conserve dans l'alcool à 95 degrés. Schede le laisse séjourner pendant 12 heures seulement dans une solution de sublimé à 1 pour 100, puis le conserve dans l'alcool absolu additionné de 0,5 0/0 de bichlorure de mercure et de 10 0/0 de glycérine. Les derniers modes de préparation ont l'avantage d'être rapides et faciles et nous n'en contestons pas l'excellence. Nous nous abstiendrons toutefois de les apprécier, car nous n'avons pas vu employer le catgut préparé suivant les formules de Roux ou de Schede. Nous recommanderons plus volontiers celui qu'emploie Hofmeier ; on prend des cordes de violon du commerce, qu'on fait tremper pendant 24 heures dans de l'essence de genévrier, puis on les dégraisse en les brossant pendant dix minutes avec de l'éther sulfurique, et on les conserve dans de l'alcool à 45°, additionné de sublimé à 1 pour cent.

(*A suivre*)

Renaud.

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

Les cardiopathies et les eaux minérales

Châtellerault, 5 février 1890

Dans l'un des derniers numéros de ce journal M. le Dr Cazenave de la Roche s'élève avec force contre l'emploi des Eaux-Bonnes dans la cure des cardiopathies.

Oui, qu'on le sache bien, l'emploi de la plupart des eaux sulfureuses est contraire dans les affections organiques du cœur. On ne compte plus les accidents provoqués ou aggravés par leur emploi intempestif.

Au reste ceux-là seuls qui ont fait appel à nos confrères qui exercent la médecine auprès des sources sulfureuses pour avoir leur appréciation à cet égard. Quant à moi, je ne fais exception que pour les eaux thermales de Bagnères-de-Bigorre et encore il faut placer à leur égard un point d'interrogation.

Mais, me direz-vous, que pensez-vous des eaux du Mont-Dore dans les cardiopathies, les artério-scléroses, les aortites, etc. ?

Voici ma réponse :

Dans les premières années de ma pratique, [illegible] de mes prédécesseurs, entre autres le Dr Bertrand père, [illegible] toutes les dyspnées, [illegible] asthmes symptomatiques des lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux. [illegible] années [illegible] M. B[illegible] [illegible] passagères d'angine de poitrine [illegible] emphysème généralisé [illegible] que, quant à la région du cœur, [illegible]

dans tous les sens sans épanchement péricardique avec arythmie, double souffle à la pointe et surtout à la base du cœur.

Les fonctions digestives se font bien, quoiqu'elles soient troublées quand doit survenir une crise d'asthme plus violente que d'habitude. De plus phénomène essentiel à noter, il y a de l'œdème aux deux pieds et au pourtour des malléoles, ce qui rend la marche encore plus difficile, mais il n'y a point d'ascite. Que faire alors? le maître a parlé, il faut bien obéir et nous n'avons pas renvoyé ce malade fort intelligent et se rendant parfaitement compte de son état.

La plus grande surveillance est exercée sur ce malade, et nous lui prescrivons le traitement suivant :

1° Tous les matins boire en deux fois 250 gr. de la source Madeleine.

2° Séjourner dans la salle de pulvérisation et d'inhalation, température 28° d'abord pendant 10, puis 15, 20, 25 et 35 minutes.

3° Après une heure de séjour dans un lit bien bassiné, le malade se rend aux sources et prend un bain de pieds à 45°, pendant six et sept minutes.

4° Le soir, de 4 à 5 heures, un maniluvé de huit minutes dans les mêmes sources.

5° Tous les deux ou trois jours, la quantité d'eau, prise toujours à jeun, est portée successivement jusqu'à la dose de 700 à 750 grammes en trois fois, puis diminuée de 100 grammes par jour pour terminer à zéro.

Le fait le plus significatif fut la disparition de l'enflure des pieds, la diurèse, le développement de l'appétit, et l'absence de crises d'asthme.

Ce malade, quitta le Mont-Dore après 22 jours, dans des conditions relativement très-bonnes et, chose remarquable, il revint l'année suivante dans le même état qu'il était l'année précédente et avec de l'œdème des pieds. La seconde saison produisit des effets aussi heureux.

Si les Eaux-Bonnes, comme nous le dit avec une grande bonne foi, M. le Dr Cazenave de la Roche, ne *transigent pas avec les cardiopathies*, on pourrait ajouter toute la série des sulfureuses, on sait qu'il n'en est pas de même des eaux arsénicales du Mont-Dore.

Depuis cette époque, j'ai observé nombre de faits analogues sans jamais constater d'accidents. Récemment encore, en juillet 1889, un malade, âgé de 37 ans, m'était adressé de Paris. De forte constitution sanguine, ce malade souffrait du cœur depuis plus de dix ans et portait sous la clavicule droite les signes caractéristiques d'une tuberculose arrivée à la troisième période, et limitée au tiers moyen de la clavicule droite dans une étendue verticale d'environ trois travers de doigt (toux, expectorations fréquentes et assez abondantes, hémoptysies, la dernière il y a quinze jours). Du côté du cœur je constate une matité intrasternale dans tous les sens avec vive impulsion, souffle aortique intense à la base du cœur, fonctions digestives très bonnes.

Le malade est soumis au même traitement que précédemment, et pendant son séjour il n'y pas trace d'hémoptysie; de plus on constatait : l'augmentation de poids de plus d'un kilogramme.

Je conclus donc : que toutes les endocardites, satellites ordinaires des arthropathies poly-articulaires, compliquées de bronchites généralisées, d'emphysème, d'asthme et même d'un commencement d'angor pectoris, ne sont nullement aggravées par l'usage des eaux minérales arsenicales.

Dans quelques cas, et spécialement sur de jeunes sujets, j'ai vu des bruits de souffle de la pointe du myocarde disparaître presque complètement sous l'influence du traitement. Dans ces cas nous ajoutions au traitement des demi-bains à 35° pendant 15, 20 et 25 minutes.

On n'a certainement pas d'accidents en prescrivant un repos relatif aux malades ; en leur interdisant d'une façon absolue l'équitation, les promenades à âne et surtout des excursions, soit en chaise, soit en voiture au delà de 1100 mètres d'altitude.

Dr Mascaret.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MÉDECINE

Traitement de l'angine simple aiguë

Le traitement rationnel doit être à la fois hygiénique et médicamenteux.

I. Traitement hygiénique. Il consiste :

1° Dans le régime qui sera modérément sévère : éviter les épices et les spiritueux ; supprimer l'usage du tabac ; eau de seltz ou eaux alcalines pour boisson.

2° Dans le repos de l'organe : choisir des aliments de facile déglutition ; préférer les aliments demi-solides ou liquides, dont le contact prolongé avec la muqueuse est plus douloureux que celui des potages épais et des mets de molle consistance.

II. Traitement médicamenteux. — Enveloppement des régions latérales du cou, avec des compresses imbibées d'eau chaude, et recouvertes d'une feuille de taffetas gommé.

2° Avaler de temps, en temps pour calmer la douleur, une pilule, ou une cuillerée à café de glace râpée, ou de sorbet glacé.

3° Au début : gargarismes émollients ou adoucissants comme le suivant formulé par Schrœtter.

Décoction de guimauve	300 grammes.
Teinture d'opium	8 grammes.
Sirop diacode	30 grammes.

On substitue avec avantage à cette préparation, le gargarisme alcoolino-opiacé ainsi préparé :

Extrait d'opium	1 gr.
Bicarbonate de soude	10 gr.

Faire dissoudre dans une infusion de 20 grammes de feuilles de sauge dans 400 grammes d'eau et édulcorer avec :

Miel purifié	40 gr.

Plus tard : gargarismes astringents, comme les suivants :

Alun	10 gr.
Infusion de feuilles de sauge	400 gr.

Ou bien :

Alun	10 gr.
Teinture d'opium	8 gr.
Miel rosat	30 gr.
Eau distillée	400 gr.

Ou bien :

Eau de chaux	) ãã 500 gr.
Eau distillée	)

Ou bien encore gargarismes antiseptiques :

Acide borique	8 gr.
Glycérine	20 gr.
Eau distillée	500 gr.

Ou enfin :

Permanganate de potasse cristallisé	0,04 centigr.
Eau distillée	400 gr.

3° Au besoin si les gargarismes ne suffisent pas, ba-

Google

digonner la région malade avec le collutoire de H. Rousseau :

Borate de soude	ãã 4 grammes.
Chlorate de soude	
Glycérine	20 grammes.
Miel rosat	10 grammes.

En badigeonnages quatre ou cinq fois par jour.

Dans les cas rebelles, pratiquer deux fois par jour l'attouchement de cette surface avec un pinceau trempé dans la solution suivante :

Nitrate d'argent	1 gramme.
Eau distillée	50 grammes.

4° Comme adjuvant : Schmitzler (de Vienne) prescrit plusieurs fois chaque jour l'inhalation des vapeurs d'une solution chaude de cocaïne à deux millièmes.

Je préfère l'emploi de pulvérisations pratiquées avec un pulvérisateur à vapeur chargé de la solution suivante :

Hydrochlorate de cocaïne	0,20 centigr.
Eau distillée	60 gr.

CH. ELOY.

INFORMATIONS

PARIS

Hospice des Quinze-Vingts. — Il est ouvert un concours pour l'admissibilité à trois emplois vacants d'aides de clinique à la clinique nationale ophtalmologique annexée à l'Hospice national des Quinze-Vingts (Arrêté ministériel du 29 janvier 1890).

Les candidats doivent être de nationalité française, être pourvus d'un diplôme de docteur en médecine, ou avoir pris au moins seize inscriptions à l'une des facultés de médecine de l'Etat.

Les candidats pouvant justifier de leur qualité de docteur doivent, pour concourir, être âgés de moins de 35 ans. Ceux qui n'ont pas leur diplôme ne peuvent se présenter que s'ils ont moins de 30 ans.

Les épreuves sont au nombre de trois : 1° Une question orale sur un sujet quelconque de pathologie. Il sera accordé cinq minutes de réflexion et dix minutes pour l'exposition.

2° Une question orale sur un sujet de pathologie spéciale oculaire ; il sera accordé cinq minutes de réflexion et dix minutes pour l'exposition.

3° Un examen des titres et travaux scientifiques des candidats. Cet examen sera fait par le Jury et le nombre de points attribués au candidat sera donné avant l'ouverture des épreuves orales.

Statistique de la morgue parisienne. — En dix ans, du 1er janvier 1880 au 31 décembre 1890, le nombre des cadavres annuellement envoyés à la morgue a été :

en 1880	897	1885	858
en 1881	914	1886	869
en 1882	932	1887	903
en 1883	1021	1888	911
en 1884	920	1889	905

Durant cette dernière année les arrondissements qui ont envoyé le plus de corps sont : le quatrième, 89 cadavres, et le premier, 86 ; le huitième, qui en a le moins fourni, n'en donne que 9.

C'est dans les mois les plus chauds qu'on a reçu le plus de cadavres (107 en juillet, 115 en août). En janvier et février, il n'y en a eu que 87.

C'est de trente-cinq à quarante ans pour les hommes que l'on relève le plus de cadavres envoyés à la Morgue, alors que les femmes c'est de vingt-et-un à vingt-cinq ans.

Les genres de décès donnent les chiffres suivants en 1889 : submersions, 219 ; pendaisons, 87 ; armes à feu, 172 ; armes blanches, 84 ; empoisonnements, 75 ; asphyxie, 165 ; chutes, 41 ; causes diverses, 67.

DÉPARTEMENTS

AMIENS. — **Société médicale d'Amiens.** Prix proposés pour les concours des années 1890 et 1891.

La Société médicale accorde chaque année une *médaille d'or* de 300 francs et le titre de membre correspondant, à l'auteur du meilleur travail sur un sujet désigné par elle. Les sujets de prix sont :

Pour l'année 1890 : *De la simulation de la folie.*

Pour l'année 1891 : *De l'hydrocèle et de son traitement.*

Les mémoires doivent être manuscrits, inédits ou envoyés au secrétaire, dans les formes académiques, avant le 31 mars de chaque année.

La Société accorde encore chaque année une *médaille d'or* au médecin du département qui a envoyé le meilleur travail sur un sujet ayant rapport aux sciences médicales.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Nominations dans le corps de santé de la marine. *A l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe :* MM. Lequinquis, Doublet et Mirande.

Nominations dans le corps de santé des colonies. — (29 janvier 1890). *Au grade de médecin-inspecteur de deuxième classe.* — M. Treille, médecin en chef de la marine.

Au grade de médecin en chef de première classe. — M. Kermorgant, médecin principal de la marine.

Interdiction de l'hypnotisme dans l'armée. — Une circulaire ministérielle vient d'interdire l'emploi de l'hypnotisme, même dans un but médical, dans l'armée.

ÉTRANGER

ITALIE. — **Les conserves alimentaires et la nourriture du soldat.** — Deux médecins militaires, MM. Sforza et Caporaso ont ensemencé sur la gélatine le liquide provenant de viande de conserve préparée à l'établissement militaire de Casaratta, auprès de Bologne, depuis 1878. Ces conserves avaient séjourné pendant plusieurs mois en Afrique. Aucune des cultures ne fut fertile, et les observateurs conclurent de leurs expériences que ces aliments étaient exempts de germes.

Par des expériences actuellement en cours et dont on ne saurait méconnaître l'importance hygiénique, ils cherchent à établir le coefficient nutritif de ces conserves.

VARIÉTÉS

Le premier cas d'échinocoque en Finlande. — Tout dernièrement, le docteur M. Sievers a fait connaître le premier cas d'échinocoque en Finlande. Un marin âgé de 25 ans, né dans une commune située à l'est de la Finlande, ayant depuis sa quinzième année, en qualité de garçon cuisinier, de matelot ou de pilote, servi sur des navires allant entre la Russie, l'Allemagne et l'Angleterre.

Il avait remarqué, il y a un an, immédiatement au dessous du bord des côtes à droite, une tumeur mobile pendant l'acte de la respiration ; la tumeur ne le gênait pas et ne lui causait

aucune douleur et il ne s'adressa à un médecin qu'afin de savoir s'il y avait à en craindre l'accroissement. On constata que le foie était augmenté de volume, repoussait l'épigastre en avant et s'étendait presque jusqu'à la ligne transversale de l'ombilic.

La rate était de beaucoup augmentée de volume. On fit à l'aide d'une seringue de Pravaz une ponction d'essai ; il en sortit un liquide clair et jaune ne contenant point d'albumine ; en revanche l'analyse fit constater 1,02 pour cent de chlorure de sodium.

Ce malade a été exposé à contracter le tænia durant ses voyages. Sur le bateau même, il avait pu avoir une source d'infection, car, pendant des années, un chien l'avait accompagné.

Toute publication antérieure à celle-ci et relative à la présence de l'échinocoque en Finlande n'existe pas. Lorsque ce malade fut présenté à la Société des médecins finlandaisé, Pippingskold raconta qu'il avait, il y a maintenant bien des années de cela, posé le diagnostic d'une tumeur d'échinocoques chez une fillette qui était finlandaise et n'avait jamais été à l'étranger. Hjelt, qui pendant 30 ans a été le chef de l'Institut d'anatomie pathologique, avait déclaré qu'il ignorait la présence de cette maladie en Finlande. Cependant en 1860, il avait vu les préparations d'échinocoques provenant du foie d'un Cosaque né au sud de la Russie et mort en Finlande.

La commission du chloroforme de Hyderabad. — On admettait dans les pays de langue anglaise que la mort pendant la chloroformisation survenait par arrêt du cœur. Un souverain hindou, le Nizam de Hyderadab, a nommé une commission composée de MM. Lawrie, Lauder Brinton, Bronford et Rustomji Hakin pour étudier cette question. Des sommes considérables ont été consacrées aux expériences, et cette commission vient de démontrer que dans l'anesthésie poussée jusqu'à dose mortelle la respiration s'arrête avant le cœur.

De plus, autre fait, d'intérêt pratique, elle a constaté que l'éther est plus toxique que le chloroforme et que le mélange d'éther, d'alcool et de chloroforme est encore plus redoutable que l'un ou l'autre de ces anesthésiques.

Ces résultats expérimentaux ne sont pas de nature à étonner les chirurgiens français qui n'ont pas attendu la générosité d'un Nizam libéral pour préférer le chloroforme à l'éther et pour savoir que les anesthésiques tuent par le poumon avant de tuer par le cœur.

La longévité en Algérie. — Voici les cas de longévité constatés en 1889 : A Alger, 1 Française de 74 ans, 2 de 77, 1 de 80, 1 de 84, 1 de 87 ; 2 Espagnols de 70, 1 de 71, 1 de 75, 1 de 78, 1 de 80, 1 de 86, 1 de 87, 1 de 95 ; 1 Français de 72, 1 de 75, 1 de 81 ; 1 Espagnole de 71, 1 de 78, une de 79, 1 de 90 ; 1 Italienne de 70, 1 de 76, 1 de 85, 1 de 86 ; 3 Mauresques de 70, 1 de 71, 1 de 73, 2 de 75, 4 de 78, 2 de 90, 1 de 94, 1 de 100, de 105 ; 5 Musulmans de 70, 1 de 80, 1 de 85, 1 de 75 ; 1 Maltaise de 89 ; 1 Italien de 78 ; 1 juif de 80, 1 de 92 ; 2 juives de 70, 1 de 73 ; 1 de 83 ; 1 Luxembourgeois de 76. — A Blidah, 1 Maltais de 72 ans, 1 Français de 79. — A Bouinan : 1 Français de 71. — A Constantine : 1 Espagnole de 92 ; 1 Français de 71 ; 1 Juive de 85 ; 1 Italienne de 77 ; 1 Maltaise de 75 ; 1 Juif de 70.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs *Puel* (de Paris, *Baillé*, médecin de l'hospice de Rabastens, *Marcet* (de Luchon), *Anglade* (de Bordeaux, *Magnetti* (d'Orléans) *Fargus* (de St-Etienne-aux-Clos.

En Angleterre : MM. les Drs E. *Adams*, ancien professeur au London Hospital, et *Morton*, professeur de matière médicale à l'Andersons medical College de Glascow.

En Allemagne : M. le Dr *Westphal*, professeur de neurologie à la Faculté de médecine de Berlin, rédacteur en chef des *Arch. f. Psych. und nerven Krankh.*, et auteur de nombreux travaux classiques sur les maladies cérébro-spinales. M. le Dr *Arnold*, professeur d'anatomie à la Faculté d'Heidelberg.

En Suisse : M. le Dr *Frey*, professeur honoraire d'histologie à la Faculté de médecine de Zurich et dont les ouvrages les plus connus sont le *Traité d'histologie* et *d'histochimie* et la *Technique du microscope et de la microscopie*.

INDEX BIBLIOGAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

Clinique obstétricale et gynécologie

DELATREZ : Carcinome de l'utérus, traitement pulliatif par le curettage (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège* octobre 1889).

LERMUSEAU : Trois cas de placenta prœvia (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, octobre 1889).

LASK (WILLIAM) : Grossesse tubaire (*The N.-York Record*, 19 octobre 1889).

Thérapeutique et matière médicale

GROESER : Expériences sur l'action du syzygium jambolanum contre le diabète artificiel (*The Lancet*, 2 novembre 1889).

HARDWICKE : Traitement de la coqueluche par les pulvérisations d'eucalyptus (*The Lancet*, 2 novembre 1889).

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

ADENOT. — Des méningites microbiennes, Paris, 1890, gr. in-8, 159 p., avec 8 fig., pr. 3 fr. 50. J.-B (Baillière et fils).

HALLOPEAU. — Traité élémentaire de pathologie générale comprenant la pathogénie et la physiologie pathologique. — 3e édition, 1re partie, 1890. — 1 vol. in-8, avec 121 fig. Prix de l'ouvrage complet en 2 parties : 12 francs. (Paris, J. Baillière et fils.

TAYAC. — Les progrès de l'art dentaire. Historique et description de l'art du dentiste. (Paris, 1890, 1 vol, in-18 de 20 p., avec 59 fig., pr. 3 francs. J.-B. Baillière et fils.

CATALOGUE DE LA BIBLIOTHÈQUE DU DR DECAISNE. Cette bibliothèque sera mise en vente le lundi 3 mars, par les soins de MM. J. B. Baillière et fils. Le Catalogue qui renferme de nombreux articles sur l'Histoire de la médecine, les Curiosités médicales, l'Hygiène et la ville de Paris sera adressé gratuitement et franco à toute personne qui en fera la demande.

AVIS. — *L'administrateur de la Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, a l'honneur de rappeler à nos abonnés, qu'à partir du 31 janvier leur quittance de réabonnement leur sera présentée, augmentée de 0,75 centimes pour frais de recouvrement.

L'Administration du journal a aussi l'honneur d'informer nos lecteurs que toute réclamation de numéro qui n'aurait pas été reçu, par suite d'une erreur de poste, doit lui parvenir dans la quinzaine qui suivra la date du numéro manquant.

Passé ce délai, il sera nécessaire de joindre à la demande 30 centimes par exemplaire réclamé, pour la France et l'Algérie, et 35 centimes pour l'Etranger.

Le Directeur-Gérant. Henri HUCHARD.

Paris — Imprimerie Décembre, 326, rue de Vaugirard.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE — N° 8 — 19 FÉVRIER 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD. — RÉDACTEUR en CHEF : M. Charles ELOY

COMITÉ de RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAUDIN, RUSSEL, SCHWARTZ.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Des opérations applicables au traitement de l'endométrite chronique

par M. le Dr Lucien Picqué,

Chirurgien des hôpitaux de Paris

Pendant mon séjour à l'hôpital Pascal, j'ai eu l'occasion de traiter un grand nombre d'endométrites chroniques, et j'ai pu, après leur sortie de l'hôpital, les suivre un temps suffisant pour me rendre compte de la valeur des opérations que j'avais pratiquées.

Je ne parlerai dans cet article que du curettage si fort en honneur depuis quelque temps dans notre pays et de l'amputation du col, opération encore peu connue et qui cependant nous a rendu les plus grands services. dans certaines formes d'endométrite que nous aurons à indiquer.

Cette opération mérite-elle la faveur dont elle jouit actuellement ? Certes, bien d'autres méthodes ont guéri des endométrites, j'ai eu pour ma part, au début de mes études chirurgicales, l'occasion de voir, dans un des services où j'ai passé, des guérisons obtenues par des moyens en apparence très simples, sans qu'on eut besoin de recourir à l'appareil instrumental dont nous nous servons actuellement. Récemment encore M. Dumontpallier proposait à l'Académie de médecine, un mode de traitement applicable par la majorité des praticiens et qui, certes, lui a donné des résultats encourageants. Or la question n'est pas là, à mon sens ; il ne suffit pas qu'une méthode donne des résultats même nombreux, pour échapper à toute critique. Toutes ces méthodes ont un inconvénient capital ; c'est de ne pas constituer un ensemble de manœuvres régulières s'appuyant sur une antisepsie rigoureuse.

Elles semblent avantageuses à priori, parce qu'elles ne sont pas des opérations ; c'est là au contraire leur vice capital. Le curettage représente une série de manœuvres parfaitement régulières, et s'il n'a pas à son actif — (ce que je ne crois pas démontré) — plus de succès immédiats que les anciennes méthodes, il présente tout au moins l'avantage indiscutable d'assurer une antisepsie absolue qui met la malade à l'abri de complications ultérieures. Il est un fait digne de remarque, c'est que, l'utérus considéré autrefois comme un organe si sensible aux traumatismes les plus légers, est devenu de nos jours l'organe le plus tolérant. Cette tolérance n'a été démontrée que le jour où les traumatismes opératoires sont devenus parfaitement aseptiques.

Combien n'ai-je pas vu, pour ma part, de malades atteintes de salpingites, qui avaient subi des traitements variables pour des endométrites ? Je sais qu'on peut objecter avec raison que la salpingite est souvent contemporaine de l'endométrite, plus souvent encore consécutive et qu'il est difficile d'attribuer au traitement l'apparition de la salpingite. Ce que je puis affirmer, c'est que la salpingite est de beaucoup plus fréquente, au moins dans les cas récents, chez les femmes qui ont subi des traitements mal faits. Si donc la salpingite constitue une complication presque obligée de l'endométrite, il est certain qu'elle est plus à redouter, quand il vient se surajouter une infection venue du dehors.

Si le curettage veut, à bon droit, remplacer toutes les méthodes de traitement qui ont été jusqu'à nos jours préconisées pour le traitement de l'endométrite chronique, il doit être fait dans des conditions absolument aseptiques, par des opérateurs rompus aux exigences de la méthode antiseptique, dans des locaux aménagés à cet effet et avec l'assistance de bons aides.

Je ne conçois pas un curettage dans d'autres conditions, et ce n'est pour ma part que dans des cas absolument exceptionnels que je m'en départis. La malade doit être dans tous les cas considérée comme une opérée, et astreinte à un séjour au lit que j'ai fixé à quinze jours dans ma pratique. Le chirurgien n'est pas excusable, pour une affection en somme aussi bénigne, de faire courir à une malade des dangers immédiats et, dans l'avenir, les chances de complications plus ou moins sérieuses, qui peuvent aboutir à la production d'une salpingite suppurée, comme j'ai eu l'occasion d'en observer quelques cas.

L'élévation de la température, à la suite du curettage, dans les cas où il n'existe, au préalable, rien dans les annexes, doit être considérée comme un véritable désastre. Je tiens d'autant plus à cette proposition, qu'à l'hôpital, sur un chiffre de plus de 150 curettages, je n'ai jamais eu, dans les cas simples, d'élévation de la température.

Dans les cas, où l'endométrite s'accompagne de salpingite catarrhale, on voit parfois le thermomètre monter à 38, 5, pendant un jour ou deux ; les courbes que j'ai sous les yeux, n'attestent jamais une température plus élevée.

D'ailleurs ces cas sont absolument exceptionnels.

Indications du curettage. — Avant de procéder au curettage, un diagnostic précis doit être établi.

Autrefois l'existence d'une salpingite contrindiquait absolument le curettage : mais même dès le début de ma pratique et sous l'inspiration de mes maîtres, je recherchais avec soin la lésion de la trompe ; mais je ne tardais pas d'ailleurs à être amené, pour des raisons diverses, à opposer le curettage à l'extension de la salpingite, procédé qui a été si magistralement défendu par M. Trélat dans une clinique souvent citée.

En somme, l'exploration préalable des annexes n'a pas pour but de trouver une contre-indication à l'opération, mais de permettre à l'opérateur d'apprécier l'état des annexes et de rendre compte du rôle

que peut jouer le curettage en dehors de la lésion utérine et du bénéfice total que la malade pourra en retirer. J'y reviendrai dans un instant.

Dans certains cas, en effet, le curettage constituera l'opération principale, dans d'autres, au contraire, le curettage ne sera plus que le premier temps d'une série opératoire plus ou moins complexe, dont le but sera non plus le traitement de l'endométrite, mais celui d'une salpingite plus ou moins grave.

Reste enfin le diagnostic anatomique de l'endométrite : toutes les endométrites ne réclament pas indistinctement le curettage, comme beaucoup sembleraient le croire.

Ainsi que nous le verrons dans un instant, les troubles fonctionnels de l'endométrite qui détermine l'intervention, dans la majorité des cas, sont la métrorrhagie dans ses diverses modalités cliniques, la dysménorrhée et la leucorrhée. Or, la métrorrhagie pouvant relever de causes diverses et indépendantes de l'endométrite, il y a là, on le conçoit, un diagnostic important à faire. Je ne puis, on le comprend, dans un article de ce genre, reprendre un à un les signes de l'endométrite. Je les supposerai connues. Je veux seulement rappeler deux causes d'erreur avec lesquelles on se trouve souvent aux prises, et relatives à des faits que j'ai pour ma part plusieurs fois rencontrés.

1° C'est le fibrôme encore inclus dans la cavité utérine. Le cas le plus difficile, que j'ai rencontré une fois seulement, est celui où le corps fibreux est unique, siège dans la cavité utérine et s'accompagne d'une endométrite concomitante. Le plus souvent, on observe des femmes qui présentent de la métrorrhagie avec un utérus petit. Dans ces conditions, et pour peu que le diagnostic d'endométrite soit douteux, il est nécessaire de pratiquer, sous le chloroforme, l'exploration de l'utérus après dilatation préalable du col. Je n'ai pas à donner ici le manuel opératoire de cette opération délicate. Ce que je puis dire, c'est que dans le cas auquel je fais allusion plus haut, j'ai pu de suite établir nettement le diagnostic et guérir une malade, traitée depuis au moins dix ans pour une endométrite. Soit dit en passant, c'est là un nouvel avantage de l'introduction des méthodes chirurgicales dans le traitement des affections utérines.

2° Je citerai encore la difficulté, connue de tous, de distinguer certaines formes d'épithélioma du col au début, avec des endométrites anciennes. J'ai eu, comme tous les chirurgiens, l'occasion de me trouver aux prises avec des difficultés de ce genre. J'y reviendrai quand je parlerai des indications de l'amputation du col. Je signalerai enfin, dans le même ordre d'idées, l'existence dans une des lèvres du col, de petits fibrômes simulant l'endométrite cervicale. J'en ai observé trois cas.

L'endométrite étant bien établie, les symptômes fonctionnels qui indiquent le curettage sont, comme je le disais plus haut, la métrorrhagie, la dysménorrhée et la leucorrhée.

La métrorrhagie constitue une indication admise par tout le monde : le curettage pratiqué dans ces conditions fournit les plus beaux succès : c'est en effet dans ces cas d'endométrite hémorrhagique que l'on trouve les fongosités plus ou moins abondantes, qui remplissent quelquefois la cavité utérine en totalité, comme j'ai eu l'occasion de l'observer récemment en ville, chez une femme qui perdait incessamment depuis plus de huit mois.

L'abrasion de ces fongosités, quand elle est faite complètement, amène ordinairement une guérison définitive.

La dysménorrhée constitue une indication moins généralement admise, car la pathogénie de ces accidents n'est pas également interprétée par tous les auteurs, et beaucoup admettent à tort, d'une façon exclusive, l'influence de la position utérine et le calibre du col. J'aurai l'occasion, dans un travail spécial, de montrer les résultats que le curettage m'a donné dans les cas de ce genre.

Reste la leucorrhée qui, dans bien des cas, échappe au curettage.

Jusqu'ici je n'ai parlé que des symptômes qui indiquent le curettage.

Aujourd'hui, les lésions anatomiques portant sur les annexes, constituent, dans certains cas particuliers, des indications pour le curettage de l'utérus.

L'étendue de cet article ne me permet pas d'aborder cette partie de la question. J'ai récemment donné à Mlle Finkelstein, quatre ou cinq observations importantes qu'elle a consignées dans sa thèse, et qui ont trait à des guérisons de salpingite catarrhale par le curettage simple, et non combiné avec la dilatation systématique ; mais je suis loin de vouloir, avec quelques auteurs, généraliser cette méthode.

Ayant indiqué les principaux symptômes et les lésions qui indiquent le curettage, ayant montré qu'aujourd'hui il n'existe plus de contre-indications à l'opération, il reste à savoir si l'opération qui peut et doit rester une opération absolument bénigne, est susceptible de fournir, dans tout les cas, les résultats attendus.

D'après ma statistique, je puis évaluer à 90 0/0 les succès obtenus. Il faut donc chercher la cause du 10 0/0 d'insuccès partiel. Nous pouvons répondre à cette question en recherchant la raison du *pourcentage* de succès.

J'aborde un des points les plus délicats de la question, celui des opérations complexes. Si, en effet, en présence d'une endométrite on se borne à un simple curettage, on court au devant d'un insuccès presque fatal.

Le plus souvent, en effet, l'endométrite du corps est précédée d'une endométrite cervicale. Tantôt les lésions sont aussi peu avancées sur le col et sur le corps comme dans les lésions récentes. Tantôt elles sont prédominantes au niveau du col ; c'est ce que l'on constate ordinairement dans les endométrites anciennes les plus fréquemment observées : Il arrive parfois qu'elles sont exactement localisées au niveau du col. Ce ne sont plus alors seulement des lésions muqueuses, la phlegmasie a envahi le tissu utérin lui-même, et l'on a sous les yeux une des variétés nombreuses de la métrite parenchymateuse.

Or, si le curettage suffit à combattre les lésions de la muqueuse du corps, s'il suffit également aux lésions similaires de la muqueuse du col, il devient manifestement insuffisant, quand les lésions du col intéressent le tissu utérin proprement dit. Il faut dès lors, pour ces cas, recourir à une opération complexe, combiner le curettage avec l'amputation du col qui supprime la muqueuse et le tissu utérin lui-même.

Nous pouvons dès lors dire que si le curettage est l'opération de choix pour les altérations du corps,

Digitized by Google

l'amputation l'est également pour les lésions du col simples ou associées à des altérations organiques et, si nous voulions résumer d'un mot ce que nous a appris une pratique déjà longue, nous dirons qu'à notre avis l'amputation du col trouve plus souvent son indication que le curettage, abstraction faite des cas récents.

L'amputation du col est à notre avis une opération absolument remarquable quant aux résultats qu'elle peut fournir : et cependant il faut le reconnaître, elle est peu en honneur parmi les chirurgiens actuels. Peu y ont recours et beaucoup la critiquent.

Elle semble irrationnelle à ceux qui pensent y voir une opération similaire du curettage ; or, ainsi que nous venons de le voir, chacune répond à des indications spéciales.

Elle paraît à beaucoup dangereuse au point de vue de l'atrésie consécutive de l'orifice du col. Je reprendrai plus tard l'histoire de cette opération. Je tiens, pour le moment, à spécifier, sur ce dernier rapport, que l'atrésie, à la suite de cette opération, est moins à craindre que dans les cas où la maladie est abandonnée à elle-même, ou traitée à l'aide des caustiques divers dont on fait usage dans le traitement de l'endométrite. Mais je reconnais volontiers que, pour arriver à ce résultat, il est nécessaire de bien le pratiquer, et que c'est une opération délicate, qui demande une expérience réelle : Je suis toujours, pour ma part, le procédé de Schrœder qui, en réalité, n'est qu'une excision avec autoplastie immédiate.

J'ai pu suivre trois de mes opérées qui ont accouché après l'opération, l'une, deux fois. Ces opérations ont été relatées dans la thèse récente d'un de mes élèves, M. le docteur Ducasse.

En résumé, sauf pour les cas récents, il est très souvent urgent de pratiquer en même temps les deux opérations pour assurer un résultat définitif.

Mais souvent il est nécessaire de faire plus, et c'est alors qu'un diagnostic complet est utile, ainsi que je le disais plus haut.

S'il existe une altération des annexes suffisamment ancienne pour résister à l'action du curettage, si la statique utérine est modifiée d'une façon quelconque, il surgit alors d'autres indications qu'il faut remplir en même temps, sous peine de voir persister quelques-uns des symptômes et de n'avoir qu'un résultat incomplet. C'est, je crois, une circonstance qui ne tarderait pas, si elle était négligée, à compromettre le curettage : c'est pour n'avoir pas, dans bien des cas, suivi toutes les indications d'un cas particulier, qu'on voit souvent les malades se plaindre d'un résultat négatif du curettage. J'ai eu, pour ma part, souvent l'occasion d'obtenir des guérisons complètes, en pratiquant un temps variable après le curettage, une des opérations applicables aux lésions concomitantes de l'endométrite chronique.

On se trouve souvent amené de la sorte à faire subir à une malade, dans une même séance, quatre ou cinq opérations, dont quelques unes sérieuses et dont la combinaison est indispensable pour amener la guérison. Dans la thèse de M. Racoviceano où se trouvent relatés mes six premiers cas d'hystéropexie, on pourra lire celle relative à une malade chez laquelle j'ai pratiqué, en même temps que l'hystéropexie, le curettage l'amputation du col et la colpoperinéorrhaphie.

C'est, en résumé, dans ces conditions qu'on voit le nombre des insuccès diminuer progressivement. Quoi qu'il en soit, et en dépit de tous les efforts, certains malades ne bénéficient qu'incomplètement des opérations pratiquées sur elles. C'est là un point que j'étudie en ce moment, et qui fera l'objet d'un prochain article.

LE TRAITEMENT DES MALADIES

(REVUE BI-MENSUELLE DE THÉRAPEUTIQUE)

MÉDECINE

I. *De la conduite à tenir contre les états congestifs du cerveau et emploi de l'ergotinine.* — II. *Quelle est l'action toxique des sels de potassium ?*

I. De la conduite à tenir contre les états congestifs du cerveau, et emploi de l'ergotinine. — Un malade vient d'être atteint d'hémorrhagie cérébrale. Qu'allez-vous faire ? Le plus souvent, l'intervention thérapeutique ne va pas au delà de la prescription de lavements purgatifs, d'émissions sanguines locales et de sinapismes ou de cataplasmes sinapisés sur les membres. C'est bien peu, et ce n'est pas assez. Si nous nous reportons à la genèse de ces hémorrhagies, nous savons que ces dernières sont depuis longtemps préparées par une lésion des artères cérébrales, par la périartérite qui aboutit à la formation des anévrysmes miliaires. Leur rupture est la cause habituelle des hémorrhagies cérébrales. Donc, l'indication thérapeutique est double :

1° Il faut d'abord prescrire, *avant* l'hémorrhagie, une médication capable d'abaisser la tension artérielle, puisque l'augmentation de celle-ci est la cause principale de la rupture vasculaire. Or, parmi les médicaments, il en est un qui a pour effet d'abaisser la tension vasculaire et de modifier l'état des parois artérielles, c'est l'iodure ;

2° Immédiatement *après* l'hémorrhagie, il y a lieu de provoquer la vaso-constriction pour arrêter les progrès de cette hémorrhagie. Parmi les médicaments, il en est un qui est spécialement doué de cette propriété, c'est l'ergot de seigle, ou plutôt l'ergotine, ou encore l'ergotinine en injections sous-cutanées.

Telle est la pratique que j'ai employée et indiquée déjà, depuis plusieurs années.

Mais, on voit se produire dans les maladies cérébro-spinales, principalement dans la sclérose en plaques et dans la paralysie générale, des attaques *apoplectiformes* et *épileptiformes* qui peuvent se montrer dès le début, dans le cours ou à la fin de ces maladies ; elles s'accompagnent d'une élévation de température, impriment souvent aux diverses affections dont elles sont symptomatiques, une marche plus rapide et parfois aiguë, elles sont donc d'un pronostic grave et réclament une thérapeutique énergique. Jusqu'à présent, celle-ci n'était représentée que par quelques émissions sanguines locales ou générales, par l'application de la glace sur la tête et de vésicatoires derrière les oreilles ou à la nuque, ou encore par l'emploi de révulsifs sur le tube digestif. Or, comme l'a fait remarquer judicieusement M. Christian à la *Société médico-psychologique*, (25 nov. 1889), cette thérapeutique conduit à des résultats peu encourageants, et c'est ce qui l'a conduit à employer, dans ces cas, les préparations d'ergot de seigle.

Déjà, en 1884, le Dr Girma publiait, dans le journal *l'Encéphale*, un travail sur l'emploi de l'ergot de seigle pour combattre les accidents congestifs de la

Digitized by Google

paralysie générale. Sans doute, la cause prochaine des attaques épileptiformes ou apoplectiformes n'est pas encore clairement élucidée, et les nombreuses autopsies que l'on a eu l'occasion de pratiquer dans ces cas, n'ont souvent donné que des résultats contradictoires. Mais, M. Christian fait remarquer avec juste raison que ces accidents ne se produisent pas sans un trouble profond de la circulation cérébrale. « Que ce trouble soit primitif ou secondaire, il n'importe ; c'est un élément important, et l'on peut espérer qu'en le faisant disparaître, on empêche les convulsions de se reproduire. »

On ne doit pas songer à prescrire l'ergot de seigle en nature, parce que le malade ne peut avaler tant qu'il reste sous l'influence de ces attaques. Il est donc préférable d'avoir recours à l'ergotine en injections sous-cutanées, ou mieux encore à l'ergotinine, dont l'action est plus sûre, plus égale et plus rapide.

Il faut seulement se rappeler qu'un milligramme d'ergotinine correspond à un gramme d'ergot de seigle. On peut pratiquer ainsi de une à quatre injections par jour, avec une solution telle que Tanret l'a formulée :

Ergotinine	1 centigr.
Acide lactique	2 centigr.
Eau de laurier-cerise	10 grammes

Le contenu d'une seringue de Pravaz est donc d'un milligramme d'ergotinine.

Sur 13 paralytiques généraux atteints de convulsions, il y en a 7 chez lesquels les accidents se sont dissipés après une ou plusieurs injections d'ergotinine ; mais, chez 10 malades, cette méthode de traitement a certainement enrayé les accidents épileptiformes et prolongé l'existence. L'action se fait sentir après deux ou trois heures, et se manifeste, non seulement par la diminution des accidents, mais aussi par le ralentissement du pouls et l'abaissement de la température.

A quoi sont dûs ces bons effets de l'ergotinine ? Bien certainement à son action élective sur les fibres musculaires des vaisseaux qu'elle fait contracter. Il est probable que dans les hémorrhagies cérébrales, elle ne se comporte pas autrement, et que son action se porte sur l'*élément congestif* qui les accompagne toujours. Car, — on ne saurait trop le dire, — elle n'exerce aucune influence *directe* sur l'*élément convulsif*, elle ne combat *indirectement* ce dernier qu'en faisant disparaître la congestion qui en est la principale cause anatomique.

En veut-on la preuve ? La voici : l'ergotinine administrée en injections sous-cutanées à des épileptiques *vrais*, n'est suivie d'aucun résultat. Pourquoi ? C'est parce que, dans la grande épilepsie, l'élément congestif ne constitue pas la seule cause de l'attaque convulsive.

Mais, les anciens apoplectiques *vrais* peuvent avoir aussi, par la suite, des attaques congestives *apoplectiformes*, et dans ces cas, les injections d'ergotinine produisent d'excellents résultats. En voici un exemple rapporté par M. Christian : Un vieillard de 68 ans, hémiplégique gauche depuis 18 mois, a une série d'attaques épileptiformes avec convulsions et contractures dans le côté gauche. La température monte à 40°. On pratique deux injections, et le lendemain, les convulsions ont cessé, la température s'abaisse progressivement de 39° à 38°. Plus tard, des secousses convulsives de la face et du bras gauche sont arrêtées par trois injections pratiquées en trois jours.

Ces faits ont une grande importance pratique, comme on va le voir encore :

J'insiste beaucoup, et je crois avoir été le premier à insister (1) sur l'indication thérapeutique résultant de l'état de la tension artérielle dans les maladies. Or, dans les premières périodes de l'artério-sclérose, l'état habituel d'*hypertension* artérielle commande l'emploi de dépresseurs de cette tension (iodure, trinitrine etc.). Mais, à une période plus avancée de la maladie, l'état d'*hypotension* artérielle réclame une médication contraire ; et lorsque surviennent des phénomènes congestifs du côté de l'encéphale ou des suffusions hémorrhagiques sur la rétine, l'emploi de la trinitrine, qui détermine la vaso-dilatation, serait un contre-sens thérapeutique. Il faut alors employer de préférence les injections hypodermiques d'ergotinine.

11. **Quelle est l'action toxique des sels de potassium?** — Voilà une question difficile à résoudre, et sur laquelle les différents auteurs ne sont pas d'accord. Traube a presque assimilé l'action du potassium à celle de la digitale. Mais cette comparaison est absolument erronée, car les expériences sur les animaux ont démontré que la digitale produit l'arrêt du cœur en systole, tandis que le potassium le fait arrêter en diastole ; la digitale détermine une élévation de la pression artérielle, et les expériences que j'ai faites avec M. Eloy ont prouvé qu'au contraire, les sels de potassium ont une tendance à produire une diminution de la pression vasculaire. A la suite de l'injection des sels potassiques dans la veine jugulaire des animaux, Michwitz a pu observer une légère diminution de la tension artérielle suivie, dans une seconde phase, d'une élévation de la pression sanguine ; mais celle-ci ne persiste pas, et, lorsqu'on poursuit l'expérience, on constate bientôt la mort par paralysie du cœur.

D'un autre côté, un expérimentateur allemand, Bunge, a fait des calculs fort intéressants, qui démontrent la quantité de potassium que nous absorbons tous les jours avec nos aliments. Avec chaque livre de pain de froment, nous ingérons 1 gr., 3 à 2 gr., 7 de potassium ; avec chaque livre de viande de bœuf, 2 gr., 7 ; avec chaque litre de bière, 1 gramme. Un homme qui mange à un repas une livre de viande et deux livres de pommes de terre, introduit dans son corps environ 11 grammes de potassium, par conséquent 20 grammes de sels potassiques. D'après Buckle, un travailleur de terre mange en moyenne par jour 4 kilogr. 300 de pommes de terre, et d'après Moleschott, cette quantité de pommes de terre contient 21 à 38 gr. de potassium, correspondant à 40-70 grammes de sels potassiques.

Il résulterait de ces données que les sels de potassium ne sont pas aussi toxiques qu'on a bien voulu le dire. Néanmoins, je persiste à croire, pour ma part, que l'action des sels de potassium introduits dans et par les aliments, ne peut être comparée à l'action des mêmes sels prescrits à l'état isolé à titre de médicaments. Je persiste à croire que l'iodure de potassium, pouvant avoir, à la longue, une action défavorable et parésiante sur la myocarde, il y a lieu de le substituer le plus souvent à l'iodure de sodium, lorsque le

(1) H. Huchard : Leçons sur les maladies du cœur et des vaisseaux Paris 1889, p. 49 et 82.

Digitized by Google

traitement doit être longtemps continué, surtout dans ces cardiopathies artérielles qui placent déjà, par elles-mêmes, le cœur en imminence continuelle de dilatation et de parésie cardiaques. Mais il ne faut pas se dissimuler que l'iodure de potassium est ordinairement plus actif que l'iodure de sodium. Cette considération m'a déterminé à employer alternativement les deux sels (l'iodure de potassium pendant un mois, l'iodure de sodium pendant le mois suivant, et ainsi de suite.)

Cependant, lorsque l'on a des raisons de craindre l'action débilitante des iodures sur le cœur, et lorsque ce dernier présente déjà des signes d'affaiblissement, je crois utile d'associer parfois un tonique du cœur, comme la spartéine, aux sels iodiques. Voici, à ce sujet, une formule que j'emploie fréquemment, et qui m'a déjà rendu de grands services :

Eau distillée	100 grammes
Iodure de sodium (ou de potassium)	10 grammes
Sulfate de spartéine	1 gramme

Prendre une cuillerée à café, au commencement de chaque repas, dans un peu d'eau, de sirop d'écorces d'oranges amères ou de bière.

HENRI HUCHARD

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

I. *Nouvelle théorie du rachitisme, médication phosphorée.* — II. *Intoxications médicamenteuses chez les enfants.*

I. Nouvelle théorie du rachitisme, médication phosphorée. — L'opinion médicale, un moment lancée sur une fausse piste par un maître illustre, par Parrot, semble en être arrivée pour le rachitisme à des notions étiologiques suffisamment bien assises. S'il est bien une maladie par ralentissement de la nutrition, il appartient aussi à la catégorie des maladies par troubles de la nutrition, ce qui explique son apparition lorsque les conditions d'hygiène, d'alimentation sont défectueuses L'enfant peut naître rachitique, s'il a souffert dans sa nutrition pendant la vie intra-utérine, et pour rare qu'il est, le rachitisme fœtal n'existe pas moins; Rindfleischen présentait encore un cas l'année dernière à la 62e assemblée des naturalistes et médecins allemands, tenue à Heidelberg, et il s'accompagnait d'autres difformités.

Rachitique, l'enfant peut le devenir à la suite de toutes les causes de débilitation organique ; après la rougeole, la coqueluche, l'athrepsie, le scorbut, comme lorsqu'il est scrofuleux ou syphilitique ; mais la rougeole, la coqueluche, l'athrepsie, le scorbut, la scrofule, la syphilis, n'ont rien de spécifique dans la production de l'affection osseuse. S'il en était ainsi, les cas devraient se montrer plus nombreux. Quant à la syphilis, son procès est fait, jugé et perdu ; elle agit comme cause de déchéance générale et rien de plus, comme l'ont surabondamment prouvé Cazin et Iscovesco, Comby, Galliard, comme W. B. Cheadle le constatait, à la réunion annuelle de 1888 de la *British medical Association*. Il en est de même du scorbut, auquel les auteurs anglais accordent une grande importance, Barlow et Cheadle en particulier.

Un point obscur reste à expliquer, c'est la cause de la localisation au système osseux, comme sur un *locus minoris resistentiæ*. A ce sujet invoquer la prédisposition, n'est que couvrir notre ignorance ; du reste la pathogénie de l'affection divise les pathologistes en plusieurs camps ; pour les uns il y a insuffisance de phosphate de chaux dans l'alimentation ; pour les autres, le phosphate de chaux n'est pas utilisé, pas absorbé ou son élimination est exagérée. Ces deux théories comptent des faits à leur appui ; c'étaient jusqu'ici les deux théories, qu'on pouvait appeler classiques, et la thérapeutique s'appuyait sur elles. L'hypothèse récente de Cheadle, qui fait jouer le principal rôle à l'insuffisance de graisse animale et le second à celle des phosphates, rentre dans la première opinion.

Depuis 1883, une autre théorie a pris jour ; son parrain M. Max Kassowitz vient de la développer à nouveau dans le *Wiener medizinische Wochenschrift*, 1889, nos 28 et 38. Pour lui le rachitisme ne tient pas à l'insuffisance des sels de chaux dans la nourriture, pas plus qu'à leur absorption incomplète par suite de troubles digestifs ; mais à l'inflammation des tissus de l'os. C'est pourquoi il considère les préparations de sels de chaux comme inutiles et la défense des féculents comme irrationelle, car ils sont de meilleurs aliments, que la viande qui trouble la digestion.

Ce que M. Kassowitz ne nous dit pas, c'est la cause de l'inflammation des tissus de l'os. Cette cause pourtant, ne pourrait-on pas la déduire de l'observation même de la maladie, dont le début se manifeste ordinairement par des troubles digestifs ? La dyspepsie, l'entérite, la dilatation de l'estomac ne pourraient-elles pas jouer un rôle capital par les toxines qui résultent des fermentations anormales et qui iraient irriter les tissus de l'os, les enflammer. L'évolution anatomo-pathologique du rachitisme ne ressemble-t-elle à une irritation, à une inflammation ? Cette théorie cadrerait mieux avec les idées modernes sur les auto-intoxications que l'hypothèse d'un excès d'acide lactique invoqué par nos prédécesseurs.

Kassowitz se base, pour nier l'influence des troubles digestifs dans la production du rachitisme, sur une copieuse statistique, qui lui révèle que le début du rachitisme n'a pas lieu dans le plus grand nombre des cas en été, saison de la plus grande fréquence des affections gastro-intestinales. Nous lui objecterons qu'il est bien difficile de savoir exactement la date de début, surtout si l'on s'en tient aux renseignements fournis par les parents. De plus entre l'époque des troubles digestifs et le début du retentissement sur les os, il y a tout un intervalle, et dans ce cas, on pourrait lui retourner son argument en lui disant que les maladies du tube digestif débutent en été et que l'inflammation osseuse n'apparait qu'en automne ou en hiver. Mais il y a mieux, la clinique note ou des troubles digestifs très marqués, ou des affections générales dans lesquelles la production de toxines est indubitable.

Le processus pathologique se déroulerait ainsi : 1° troubles digestifs ou affection générale ; 2° productions de toxines, et ce mot toxines, très vague, semble très bon dans l'espèce ; 3° irritation de l'os, et nous pouvons ajouter des autres tissus, ce qui expliquerait la dégénérescence d'organes, comme le foie, la rate, les reins, les ganglions mésentériques.

Cette théorie n'est qu'une théorie ; mais elle semble rationnelle et la thérapeutique la confirme d'une façon éclatante par le bon résultat que donne dans le rachitisme le traitement des troubles digestifs.

Pour répondre à l'indication, créée par l'origine inflammatoire des lésions, Kassowitz, guidé par les études de Wegner démontrant le pouvoir sclérosant du phosphore sur les os des animaux en développement, donne aux enfants :

Digitized by Google

Huile de foie de morue..... 100 gr.
Phosphore..... 0,01
1 cuillerée à café par jour, même en été.

Edw. Ellis recommande la préparation suivante :

Phosphore..... 0, 06 centigr.
Huile de foie de morue..... 30 gr.
Laisser reposer quinze jours dans un endroit sombre et ajouter :
Huile de girofle..... V gouttes.
Donner 5 gouttes, 3 fois par jour dans une émulsion d'amandes.

On peut remplacer l'huile de foie de morue, par la lipanine et prescrire :

Phosphore..... 0, 01 centigr.
Lipanine..... 30 gr.
Sucre blanc pulvérisé..... } 15 gr.
Gomme arabique en poudre..... }
Eau distillée..... 40 —
Pour une émulsion, une cuillerée à café par jour.

Le phosphore donne parfois de bons résultats; du reste Trousseau l'ordonnait sous forme de beurre médicamenteux ; mais il n'est pas un spécifique du rachitisme, comme le confessent deux doctoresses russes, Mmes Charbanoff (*Vratch*, 1889, n° 16, 17, 18, 19) et Anna Schabanowa (*Jahrb. f. Kinderheilk.* XXIV, H. 3, 4, 1889) qui ont expérimenté le médicament et qui s'en sont bien trouvées dans la majorité des cas.

II. **Intoxications médicamenteuses chez les enfants.** — L'administration des médicaments est chose délicate chez les enfants. Ce n'est pas seulement affaire de dose, mais aussi de susceptibilité particulière : l'opium, l'acide phénique par exemple, ne doivent être maniés qu'avec circonspection. Quelques-uns des médicaments introduits depuis quelques années dans la thérapeutique ont donné lieu à des accidents dont il est bon d'être prévenu, soit pour les proscrire de la médecine du jeune âge, soit pour les manier avec plus de précaution.

L'antipyrine, comme médicament nervin, a pris une large place dans la thérapeutique infantile ; mais si elle a donné de bons résultats, elle a provoqué, même à des doses qui n'avaient rien d'exagéré, des phénomènes d'intoxication. Tel est le cas d'un enfant de quatre ans atteint de coqueluche, dont Tuczek rapporte l'observation dans le *Berliner kl. Wochenschrift*. Cet enfant prenait 1 gr. 20 d'antipyrine par jour : au bout de 3 semaines, il éprouva des vomissements, de la somnolence, puis du coma et des crises épileptiformes. Le pouls était petit, irrégulier, les pupilles dilatées et un érythème morbilliforme se montra sur l'abdomen et la face. Il ne succomba point néanmoins.

Chez un autre enfant de six ans, atteint de carie vertébrale, l'iodoforme, puis l'iodol provoquèrent l'apparition d'un malaise général, avec céphalalgie, courbature, inappétence et accompagné de chorée comme l'a observé Demme (*Therapeut. Monatshefte, 1889*). L'intoxication iodoformique n'est pas nouvelle ; mais sa manifestation sous forme de chorée semble plus extraordinaire, peut-être; n'y a-t-il eu qu'une provocation de la névrose?

La cocaïne à la dose de 1 centigramme et demi environ, dans un suppositoire, a provoqué chez une petite fille de 27 mois des accidents dont M. J. Stein a fait la relation dans le *Prager medizinische Wochenschrift*, 1889, n° 32. Les phénomènes consistèrent en symptômes d'excitation cérébrale, avec agitation extrême et mouvement choréiforme. Il y avait de la dilatation pupillaire. Des applications de compresses froides sur la tête ramenèrent tout dans l'ordre. Dr H. Gillet.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

Du drainage aspiratif permanent dans les épanchements pleuraux séreux et purulents, par M. le Dr C. Wotruba, — Quoique la méthode ne soit pas nouvelle, nous résumons la pratique de l'auteur. Le malade est couché sur le côté, dans la position assise, la paroi thoracique lavée au savon et désinfectée à l'alcool et au sublimé. Dans le sixième espace intercostal, près du bord antérieur de l'aisselle, on pratique une injection de cocaïne à 5 0/0, on incise la peau sur une longueur de 3 centimètres, et on enfonce un trocart ordinaire de la grosseur du petit doigt. La pointe retirée, on se sert de la canule restée en place pour introduire un gros drain en caoutchouc, qu'on fixe avec un fil, et sur lequel on a marqué la longueur qu'on veut introduire dans la plèvre. On enlève la canule en laissant le drain en place. Au drain est adapté un tube de verre, et à ce tube, un tuyau en caoutchouc d'environ 1 mètre, qui vient tremper dans un vase en verre contenant une solution phéniquée ou autre. (*Wien. Med. Press*, 1889, nos 49 à 51).

Une épingle de nourrice est placée à la sortie du drain avec un peu de gaze iodoformée ; quelques bandelettes de diachylon maintiennent le tout. On prend soin à la perméabilité du tube en faisant tousser le malade, tandis qu'on maintient l'appareil en place ou en pratiquant des injections antiseptiques avec un irrigateur. Faut-il changer le drain? On évite l'entrée de l'air en comprimant l'ouverture, parfois on ne peut introduire un autre drain, même plus petit, sans avoir recours au trocart.

On ne pratique jamais d'injection dans la plèvre à moins que le liquide ne soit putride. L'acide salicylique à 1/3 0/0, l'acide borique à 5 ou 10 0/0 servent dans ce cas; l'acide phénique et le sublimé sont dangereux. L'injection est faite à 38° sans forte pression; on la cesse quand la solution revient claire. On peut après injecter quelques gouttes de glycérine iodoformée à 5 0/0. Malgré le titre, l'auteur semble n'avoir traité que des pleurésies purulentes ou séro-purulentes. H. G.

Rétrécissement mitral consécutif à une fracture du sternum, par M. le Dr Ritter. — Le malade, âgé de 34 ans, renversé par un gros éclat de bois, reste cinq semaines à l'hôpital pour des hémoptysies et une fracture du sternum, et le quitte sans rien présenter d'anormal, ni au poumon, ni au cœur (*Berl. Klin. Woch.* 1889, no 40.)

Quatre mois après, outre les déformations laissées par la consolidation de la fracture, on constate des battements de la région cardiaque, un murmure présystolique, un renforcement du deuxième ton pulmonaire. Le pouls est irrégulier, petit, la tension est petite. Le malade se plaint aussi de difficulté de la respiration.

L'auteur ne trouve dans la littérature qu'un cas semblable publié par Rose, c'est celui d'un vacher qui reçut un coup de corne qui lui fractura une côte dans la région cardiaque et qui un an après, présenta une lésion valvulaire et mourut avec de l'œdème. Il rejette l'idée d'une lésion inflammatoire, le sujet n'ayant jamais eu de fièvre, et incline à accepter celle d'un déplacement. H. G.

REVUE DES LIVRES

De la surdité chez l'enfant et l'adulte, au point de vue médical, pédagogique, légal, tutélaire, par MM. le Dr L. Couetoux (de Nantes), Thomas, avocat à la cour de Nantes et L. Goguillot, professeur à l'Institution des sourds-muets de Paris.

Digitized by Google

Cette brochure intéressante, due à la collaboration d'hommes experts en la matière, contient bien des enseignements pour le médecin. Il y verra qu'à côté des cas où toute tentative d'éducation est inutile et qu'on devrait impitoyablement refuser dans les asiles spéciaux, il en est d'autres dans lesquels le résultat obtenu touche au miracle, puisque les sourds entendent et les muets parlent. Il y verra aussi que ce résultat est œuvre de patience et de persévérance, qu'il ne peut être espéré qu'en commençant l'éducation spéciale le plus tôt possible et qu'à côté des maîtres adonnés à cet enseignement particulier, les parents ou d'autres personnes peuvent rendre de signalés services à ces déshérités de la nature. Le chapitre intitulé étude médicale, divise la surdi-mutité en précoce et tardive et en surdité chez l'adulte. Le diagnostic de la surdité précoce est délicat, mais important. H. G.

L'immunité par les leucomaïnes, par M. le Dr Eusèbe Guell y Bacigalupi. (Paris, O. Berthier, 2e éd., 1889).

L'auteur part de ce fait, que chaque microbe produit dans son milieu de culture une ou des subtances toxiques pour lui-même, ce qui fait qu'au bout d'un certain nombre de cultures, malgré l'adjonction de nouvelles substances nutritives propres à la vie du micro-organique, celui-ci s'arrête dans son développement, L'auteur veut donc démontrer que les immunités morbides résident dans l'inoculation de ces produits chimiques ou leucomaïnes, qui sauvegardent l'organisme tant que leur éliminae tion n'est pas complètement achevée. Ce raisonnement s'appui, sur les travaux des Pasteur, des Chauveaux, des Duclaux des Roux, des Toussaint, des Koch, etc. H. G.

Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. par Jules Fabret, médecin de l'hospice la Salpétrière. (J. B. Baillière, 1889 Paris.) -- M. Fabret a réunis dans ce volume toutes les communications qu'il a lues à la Société médico-psychologique, les discours scientifiques qu'il y a prononcés, et les nombreux articles qu'il a fait paraître dans les *Archives de médecine*.

Tous ces travaux correspondent à la période de 1860 à 1878. La connaissance de ces travaux est indispensable à quiconque veut se rendre compte des progrès nombreux, malgré sa lenteur réelle de la science de l'aliénation mentale, surtout si on lit des articles relatifs à la paralysie générale, à la catalepsie, aux troubles du langage et de la mémoire des mots. Mais ceux écrits sur la folie circulaire, et sur la folie à deux, sur les classifications, paraissent encore d'hier.

Ses deux discours sur la folie raisonnante, sa folie morale méritaient surtout d'être rééditées, car ils ont été trop oubliés, et montrent que, quelle que soit la variété de leur appellationt, ces malades ont été bien observés et bien classés par M. Fabret.

Mais le chapitre le plus intéressant, le plus original, celui où M. Fabret a le mieux révélé son talent de clinicien et sa grande finesse d'observation, c'est le chapitre consacré à l'état mental chez les épileptiques.

Legrand du Saulle, qui s'y connaissait, disait avec raison que c'était le chef-d'œuvre de M. Fabret. Nous ajouterons qu'aucun de ceux qui ont traité ce sujet depuis M. Fabret, n'ont fait aussi bien, et que ceux-là seuls connaîtront les délires épileptiques, le caractère, l'humeur, les dispositions d'esprits caractéristiques de ces malades qui se seront bien pénétrés par la lecture, à défaut de l'observation, du petit mal intellectuel et du grand mal intellectuel, tels que les a décrits le médecin de la Salpêtrière. Dr Charpentier.

Des traumatismes du crâne dans leurs rapports avec l'aliénation mentale, par M. le Dr Christian médecin de l'hospice de Charenton. — L'auteur fait d'abord une revue rapide sur les légendes relatives au traumatisme crânien qui prétendait-on, pouvait ramener une intelligence anciennement disparue et même produire un développement intellectuel inconnu jusqu'alors ; il tend avec raison à ne voir dans ces fais, qui sont authentiques, que des faits d'excitation intellectuelle comme on en voit chez les délirants.

M. Christian explique la rareté des documents relatifs à la question qu'il étudie par l'importance accordée par les anciens aliénistes aux causes morales, et aussi que la folie, rarement succède immédiatement au traumatisme crânien; toutefois il rappelle les faits de Morel, Griésinger, Schlover de Vienne, Lasègue, Vallon et Sibert.

M. Christian examine méthodiquement les symptômes qu'il divise très-pratiquement en primaires, secondaires et tertiaires. Les troubles primaires sont sensitifs, moteurs, intellectuels, et parmi ces derniers vertiges, étourdissements, perte de connaissance, et surtout l'annésie traumatique et sa caractéristique, amnésie rétrograde, et aussi l'automatisme inconscient.

Les accidents secondaires, sont ceux liés à la méningite, l'encéphalite, aux abcès cérébraux, et il fait remarquer la rareté des observations sur l'étatintellectuel consécutif à ces accidents. Puis un chapitre est consacré aux accidents tertiaires, avec un paragraphe sur les lésions cérébrales, reconnues à l'autopsie, et non suivies de troubles intellectuels ; et un autre relatif à la commotion ; M. Christian n'admet de traumatisme cranien qu'à la condition de s'appuyer sur des preuves anatomiques :

(a) Lésions constatées à l'autopsie, adhérences de la dure-mère au crâne, pachy-méningite de la face inerne de la dure-mère, ossification de la dure-mère, ostéophytes, concrétions osseuses des replis de la faulx (b) des lésions externes, visibles pendant la vie, exostoses, perte de substance, cicatrices de la face et du crâne ; 2° des preuves cliniques tirées de (a) troubles des facultés intellectuelles, arrêts du développement, abolition, perversions cérébrales de Lasègue, les changements d'humeur et de caractère persistant, l'appétence pour l'alcool à partir du traumatisme. (b) Troubles pathologiques permanents dans les sens, dans la sensibilité, dans l'ordre moteur tels que l'épilepsie traumatique.

L'auteur examine ensuite la question de savoir s'il existe une folie traumatique avec caractères spéciaux, incline vers la négative, avec réserve pour la paralysie générale traumatique qui pourrait trouver son expression clinique dans la démence paralytique sans troubles délirants. Dans les problèmes médicaux, l'auteur conforme à son caractère, recommande l'extrême prudence, permet de prononcer le mot de possibilité, mais non celui de certitude. Dr Charpentier.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Questions professionnelles. — La médecine au Parlement. — Le projet de loi sur l'exercice de la médecine.

Entre tous nos députés, il en est un qui passe, en ce

Digitized by Google

moment, pour un homme très heureux. Je le félicite et je le nomme : c'est M. Chevandier (de la Drôme), l'infatigable réformateur de la loi de 1803.

Quel obstiné du dévouement professionnel ? Il a enfin obtenu de la législature actuelle la nomination d'une Commission qui, en ce moment, délibère. C'est son devoir de commission et comme, voilà tantôt vingt années que les assemblées parlementaires sont saisies de cette réforme, il serait désirable que la délibération fut brève, concluante et décisive.

La proposition de loi de M. Chevandier et celle de M. Lockroy visent l'exercice de la médecine. Elles visent surtout un point spécial de la grande question de l'organisation de la médecine en France. Par le morcellement de cette question, on en résoudra plus aisément, pense-t-on, les diverses parties. L'intention est excellente.

Cependant, de bons esprits déclarent, et l'ont toujours déclaré, que tout se tient dans ce problème : enseignement de la médecine, organisation et avenir de nos facultés régionales, existence des écoles secondaires, répartition des médecins sur la surface du territoire, exercice de la médecine en France sur nos frontières et dans l'intérieur du pays par les diplômés étrangers, assistance médicale rurale, création d'un diplôme pour les dentistes, expertises médico-légales....

Au reste, on le voit, la Commission pénètre plus avant dans l'examen des propositions qui lui sont soumises.

En voici la preuve : le gouvernement et la Commission admettent l'opportunité *d'unifier les grades médicaux* ; en d'autres termes, de supprimer l'officiat de santé.

Très bien : c'est une mesure dont la loi du recrutement de 1889 prépare l'application, en imposant aux candidats à l'officiat l'accomplissement intégral du service militaire.

Le jour où la suppression de l'officiat sera un article de loi, que deviendra le personnel scolaire des Ecoles de médecine secondaire ? On le demande, ou plutôt il n'y aura plus lieu de le demander : l'enseignement de plusieurs d'entre elles, cessera faute d'étudiants. Les villes où ces Ecoles siègent accepteront-elles leur suppression ?

Ce n'est pas tout : l'accord entre le ministre et la Commission a été plus loin. C'était même un accord touchant. M. le Ministre de l'Instruction publique a déclaré que la rapidité des moyens de communication permettait aux médecins de rayonner plus loin autour de leur résidence. Et puis, il s'est empressé d'ajouter que l'Etat ou les Départements viendront un jour au secours des communes pauvres pour organiser un service médical. Soit : mais on sait que l'attente des réformes est longue. — Quand organisera-t-on, et comment organisera-t-on cette assistance médicale rurale ? Cela serait cependant utile à savoir pour nos confrères des campagnes.

Autre preuve : la création d'un diplôme de dentiste est acceptée par tout le monde. Le Commission adopte le projet de M. David, et les conditions de scolarité qu'il propose : à savoir : l'obligation d'un certificat d'études, l'inscription pendant une année aux cours d'une Ecole ou d'une Faculté, un stage de trois ans dans le cabinet d'un dentiste, un examen de validation de stage, et enfin, un examen terminal devant un jury composé : d'un professeur de médecine, de l'*agrégé chargé du cours d'odontologie et d'un dentiste.*

Le vote de cette loi aura donc pour conséquence la création, dans toutes les Facultés, d'un cours d'otontologie confié à un agrégé. Mais cette innovation n'est point la seule pour constituer ce jury, on dérogera aux traditions et aux mœurs universitaires actuelles. Jusqu'ici, prérogative qu'il avait réussi à conserver, le corps enseignant, possédait seul le privilège de faire officiellement passer les examens. Et voici que la loi projetée, aura pour effet de créer des jurys mixtes, dans lesquels à côté du professeur titulaire et de l'agrégé, on verra siéger un pratici en qui, dans l'espèce, sera un dentiste plus ou moins étranger à la hiérarchie universitaire.

Faut-il s'en plaindre ? Bien au contraire : d'habitude, un progrès en amène un autre; l'adoption de cette disposition libérale deviendrait peut-être le prélude de réformes plus générales dans le régime des examens devant les Facultés.

La Commission est aussi en accord avec le Ministre sur, la nécessité d'imposer des examens d'équivalence aux diplômés des Facultés étrangères. Très bien : cependant, pourquoi déroger à cette mesure générale et par exception autoriser « les médecins étrangers qui viennent sé« journer dans nos stations thermales ou hivernales, à « exercer auprès de leurs nationaux »?

Il y a, dit-on, des intérêts commerciaux à sauvegarder et une clientèle étrangère à retenir. Soit, la tolérance s'explique à l'égard du médecin étranger qui accompagne son client : mais, l'étendre plus loin, c'est ouvrir la porte aux abus ou plutôt ne pas la fermer aux scandales que tous nos confrères des stations hydro-minérales ou climatériques connaissent et signalent depuis si longtemps.

Le travail de la Commission est donc laborieux. Questions locales, prérogatives universitaires et même intérêts locaux voilà, de nombreux obstacles contre lesquels il faut lutter dans les bureaux et qui, on le redoute, se coaliseront peut-être, si le rapport de la Commission obtient, comme il le mérite, les honneurs de la discussion publique.

En attendant, un grand pas a été fait ; félicitons M. Chevandier de son invincible persévérance. Si elle triomphe, comme nous en formulons le vœu, elle permettra enfin de donner son nom à une loi dont il aura été pendant quinze ou vingt ans le chaleureux avocat. Ce sera justice.

CH. ELOY.

ACADÉMIE DE MEDECINE

(Séance du 18 février 1890)

Présidence de M. le Dr MOUTARD-MARTIN

Pneumonie infectieuse

M. LABOULBÈNE a observé autrefois à Sainte-Périne, une épidémie de pneumonie. Un malade atteint d'érysipèle succomba. Un pensionnaire qui le soignait fut atteint de pneumonie qui l'emporta. Six autres malades eurent le même sort.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ lit un rapport sur un mémoire de M. le Dr Valade (de Vierzon), sur l'action spécifique du **pombotano** dans l'impaludisme.

Action physiologique de l'acide cyanhydrique

M. GRÉHANT lit une note sur l'action de l'acide cyanhydrique. Malgré sa grande volatilité, cet acide reste dans le sang et ne s'élimine pas par le poumon.

M. A. ROHIN lit un mémoire de M. le Dr Renaut (de Lyon) sur **la myocardite segmentaire essentielle chronique.** Elle se montre chez les vieillards, chez les alcooliques, les goutteux

Digitized by Google

et après la fièvre typhoïde.

Elle se caractérise par l'arythmie du pouls et du cœur, sans hypertrophie de cet organe, par l'effacement du choc précordial localisé et par l'existence de la matité rectangulaire. La maladie peut se terminer par la mort par syncope, par asystolie ou par rupture du cœur. Comme traitement, M. Renaut conseille la digitale et les toniques généraux.

M. Chaput lit une observation de fistule stercorale avec rétrécissement, guérie par opération.

M. Panas lit une note sur l'action anesthésiante locale de l'ouabaïne et de la strophantine. Il résulte de ses recherches que la première n'a pas d'action sur l'homme. Quant à la seconde, elle produit bien de l'anesthésie, mais cause des douleurs vives, du larmoiement et de la rougeur de la conjonctive. La cocaïne reste donc l'anesthésique de choix. F. R.

SOCIETÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX

Séance du 14 février 1890

Présidence de M. le Dr Dumontpallier

Anurie calculeuse de huit jours de durée. — M. Féréol rapporte l'observation suivante : Un homme de 47 ans, goutteux héréditaire, présente en mai 1889 une première crise d'anurie qui dure 24 heures, par l'expulsion d'une urine claire et non albumineuse. Une deuxième crise a lieu au mois de novembre, rend un petit gravier d'urate de soude, et de l'urine mêlée de sang. Pas d'albuminurie, pas de bruit de galop.

Une troisième crise d'anurie commence le 7 janvier dernier, s'accompagne de douleurs peu intenses dans la région rénale droite, d'hématurie très légère, et se prolonge jusqu'au 15 janvier, sans qu'il ait rendu la moindre quantité d'urine, la vessie étant absolument vide. Elle se termina brusquement par une débâcle de dix litres d'urine claires, toujours sans albumine. Elles étaient mêlées de petits calculs très nombreux d'acide urique. Le taux de l'urée était de 14 gr., 70, par litre. Ce malade a donc rendu 147 grammes d'urée en 24 heures.

On pouvait craindre la mort par rétention des matières excrémentitielles de l'urine. Il n'en fut rien. Le patient n'éprouvait pas d'autres symptômes que les douleurs légères, La face était pâle, anémique, comme chez certains goutteux. légèrement bouffie, quoiqu'il n'y eût pas de symptômes de néphrite interstitielle. Les pupilles étaient dilatées ; il se plaignait d'une odeur ammoniacale ; cette odeur n'était pas perceptible pour son entourage. Dans les derniers jours, le pouls était tombé à 52 ; la température rectale était de 37°, 6, puis de 37°, 4 et enfin de 37°. Il y avait donc tendance au refroidissement et à l'intoxication urémique, lorsque la débâcle finale se produisit. Le malade a parfaitement guéri. La médication a consisté en ventouses sèches sur les reins, électrisations faradiques matin et soir, régime lacté, potion diurétique de Baujon, eau d'Evian, bains le 6e jour ; purgation le 7e jour avec 20 grammes d'eau-de-vie allemande et 15 grammes de sirop de nerprun, inhalations de quinze litres d'oxygène par jour, enfin, le dernier jour, une potion de 0 gr. 60 de caféïne dont le malade avait pris la moitié, lorsqu'il commença à uriner.

On pouvait craindre une intoxication rapide. L'événement a prouvé le contraire. Puisque l'obstacle existait d'un seul côté, comment expliquer l'absence complète d'urine ? Le rein opposé était-il détruit ? M. Guyon, qui vit ce malade en consultation, déclara avoir déjà observé des cas semblables. Dans le cas de calcul rénal, de colique néphrétique douloureuse, une action nerveuse réflexe peut supprimer la fonction du côté opposé.

M. Hayem. — Il eût été intéressant de constater la quantité de potasse éliminée par les urines pour vérifier la théorie MM. Feltz et Ritter. Quand la mort a lieu dans l'anurie, n'est-ce point par un reflexe déterminant l'arrêt du cœur ?

M. Ferrand. — Certains malades présentent une grande tolérance vis-à-vis des matériaux solides de l'urine ; d'autres au contraire sont rapidement intoxiqués. Un de ces malades fut ponctionné six jours de suite par M. Guyon, pour une rétention d'urine. Le matin, après la ponction, ce malade était bien ; le soir il éprouvait du délire, puis tombait chaque fois dans un coma urémique complet jusqu'à ce que la vessie fut vidée. Cet individu, d'ailleurs très nerveux dans la vie ordinaire, offrait une susceptibilité aux matériaux de l'urine.

M. Féréol. — Ces deux cas ne sont pas absolument comparables. L'anurie est mieux tolérée que la rétention d'urine. M. Merklen dans sa thèse, a démontré que l'anurie pouvait rester silencieuse pendant plusieurs jours, tandis que la rétention d'urine ne peut durer plus de 48 heures sans accident.

M. Antony lit un travail de statistique sur l'**épidémie de grippe au Val-de-grâce.** H. M.

SOCIETÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 février 1890

Présidence de M. le Dr Terrier

Traitement du pied-bot. — M. Kirmisson. — Malgré l'avis des orateurs qui ont pris part à la discussion, M. Kirmisson reste convaincu que la méthode de Phelps (de New-York), peut donner de bons résultats, surtout chez les jeunes enfants. La ténotomie sous-cutanée a, en effet, perdu son importance, depuis que de l'antisepsie chirurgicale a permis de faire à ciel ouvert les sections tendineuses et ligamenteuses. Chez les enfants de 3 à 5 ans, le pied-bot varus equin, enroulé sur lui-même, est maintenu dans cette position par des rétractions ligamenteuses qui existent sur son bord interne ; les lésions osseuses ne sont pas encore formées à cet âge. Phelps a démontré que la section de ces ligaments et du tendon d'Achille permettait de redresser le pied. M. Kirmisson a employé avec succès cette méthode sur quatre petits malades qu'il a présentés au congrès de chirurgie. Le premier était un enfant de 4 ans, atteint d'un varus equin, et marchait sur le dos du pied ; une bourse séreuse était développée au niveau du cuboïde. La section des ligaments métatarsiens internes restitua la forme normale, et aujourd'hui l'enfant marche sur la plante du pied.

Le deuxième enfant auquel M. Michel avait fait la ténotomie du tendon d'Achille sans succès, a été guéri par la même méthode. Le résultat est irréprochable.

M. Kirmisson a obtenu les mêmes avantages dans deux autres cas ; l'un deux était particulièrement intéressant, parce que l'extirpation de l'astragale n'avait pas permis de corriger la déviation. Chez les très jeunes sujets, il y a intérêt à enlever des os en voie de développement. L'opération de Phelps convient donc à ces cas.

M. E. Michaux présente un jeune garçon de onze ans auquel il a pratiqué, il y a huit mois, la tarsectomie pour un double pied bot congénital varus équin, avec un enroulement si marqué que la marche s'effectuait sur la face externe du calcaneum et du cuboïde. L'extirpation de la partie antérieure de l'astragale et du calcaneum, et d'une partie du cuboïde avec section du tendon d'Achille a été suivie d'un résultat satisfaisant ; la voûte du pied présente une conformation, une souplesse et une solidité remarquables. Le peu de développement des muscles de la jambe et le défaut d'exercice ont empêché jusqu'ici le résultat fonctionnel d'être en rapport avec la configuration plantaire. Nul doute que

Digitized by Google

sa situation ne soit améliorée par le massage, l'exercice et un appareil moins fatigant.

La colotomie iliaque. — M. Verneuil, depuis les progrès de l'antisepsie chirurgicale, donne la préférence à l'anus artificiel de Littré. Pour pratiquer l'anus de Littré, c'est-à-dire l'ouverture de colon dans la fosse iliaque gauche, il existe six procédés. Quelle est leur valeur comparative ? L'incision de la paroi abdominale et la recherche de l'intestin sont les mêmes pour tous ; les différences consistent dans le mode de fixation et d'ouverture du colon.

Dans le premier procédé, l'intestin est fixé derrière la paroi abdominale, et ouvert dans la même séance. Les effets en sont immédiats, mais ne se maintiennent pas : car, si le bout supérieur se vide aussitôt, en l'absence d'éperon, les matières continuent à couler par en bas. Le procédé est bon, pour établir un anus artificiel momentané : il ne convient pas dans les cas de rétrécissement cancéreux du rectum.

Dans les cinq autres procédés, les auteurs s'efforcent d'établir un isolement complet entre les bouts de l'intestin. Ils y parviennent de deux manières. La première, la plus radicale, consiste à sectionner l'intestin, à suturer à la paroi abdominale le bout stomacal, tandis que l'autre est fermée et réduite dans le ventre. Cette méthode fantaisiste n'a donné que des résultat mauvais.

L'autre consiste à munir l'anus artificiel d'un éperon saillant, empêchant le passage des matières dans le bout inférieur. Le choix reste à faire entre les procédés de Maydl, et de Reclus. Après fixation préalable du colon à la plaie iliaque, M. Verneuil résèque, au thermo-cautère, les deux tiers de la circonférence de l'intestin. La cicatrisation et la résection des tissus favorisent la formation de l'éperon.

Le procédé de Maydl est plus complet. Ce chirurgien attire au dehors l'S iliaque jusqu'à ce qu'on voie le mésocolon. Il le perfore avec une tige rigide qu'il passe au-dessous, et le fixe à la peau par une ligne de suture circulaire ; l'arrêt des matières est complet ; les malades éprouvent un soulagement immédiat. Dans une seconde séance, en général, quatre jours après la première, il excise le tiers de la circonférence intestinale et le matières s'écoulent librement au-dehors ; ce n'est que vers le 14e jour qu'il enlève la tige. La formation de l'éperon est alors aussi complète que possible.

Sachant que la formation d'adhérences entre l'intestin et la plaie abdominale s'établit en quelques heures, M. Reclus a simplifié ce procédé. Après avoir tiré l'intestin au dehors et passé la tige rigide au travers le mésocolon, il laisse tout en place sans faire aucune suture : le lendemain ou les jours suivants il ouvre le colon et retire la tige. Deux fois les résultats ont été excellents.

En présence de phénomènes d'étranglement, le procédé de M. Verneuil, est le meilleur. Il doit être appliqué en une seule séance. Mais si l'on peut faire la colotomie en deux temps, il est préférable d'employer le procédé de Maydl, modifié par M. Reclus, surtout lorsque le sujet a une paroi abdominale épaisse, au travers de laquelle les sutures sont difficiles à passer. Les accidents d'étranglement sont nuls ; s'ils survenaient, on pourrait faire l'ouverture prématurée de l'intestin sans inconvénient.

M. Marc Sée donne aussi la préférence à l'anus iliaque. Jamais il n'a eu de phlegmon périphérique, parce qu'après avoir établi sa ligne de suture circulaire, il fait un pansement au bismuth dans la rainure située entre le péritoine viscéral et la peau. Il a soin également de ne pas perforer la muqueuse. S par hasard il se formait un épanchement de gaz, ceux-ci seraient absorbés par le bismuth.

M. Le Dentu. — Pour former un anus artificiel temporaire, les anciennes méthodes sont les meilleures, mais quand il s'agit d'un cancer du rectum, le procédé de choix est celui qui assure la formation d'un éperon, et sous ce rapport, le procédé de Maydl mérite d'être employé. Toutefois on redoutera la stercorémie, par stagnation des matières dans l'intestin.

M. Trélat est rallié à la pratique de l'anus iliaque. Jusqu'en 1884 il avait recommandé l'anus lombaire. La bénignité est la même pour les deux opérations. La méthode de Maydl convient particulièrement dans le cancer du rectum, pour remédier au ténesme, à la douleur, aux pertes sanguines, en supprimant le passage des matières. Quand il s'agit d'une rétention intestinale, avec météorisme, douleurs vives, il vaut mieux opérer en un seul temps. H. M.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

DE PARIS ET DES DÉPARTEMENTS

Paris. — **Société de médecine pratique** (Janvier et Février 1890). — I. *Technique de l'avivement par la curette dans le traitement de l'anus artificiel* — II. *Traitement abortif de l'anthrax par les injections hypodermiques glycophéniquées.* — Lyon. — **Société nationale de médecine** (3 février 1890). — III. *Du rôle des microbes dans les complications de la blennorrhagie.* — **Société des sciences médicales** (5 février 1890). — IV. *De la stérilisation des sondes et des tubes en caoutchouc.*

I. — **Technique de l'avivement par la curette dans le traitement de l'anus artificiel.** — On a, maintes fois, fait le procès de l'opération classique de l'anus artificiel par la dissection des tuniques intestinales, la suture et l'adossement de la tunique séreuse et des surfaces cruentées extérieures. On a également fait celui des cautérisations chimiques ou ignées de l'orifice anal, dans le but d'en provoquer un rétrécissement cicatriciel et l'occlusion. Pour échapper à ces critiques, M. Chaput a eu l'idée de pratiquer l'avivement avec la curette tranchante et d'affronter les parois de la tunique interne ainsi dépourvue de sa muqueuse. M. Polaillon qui emploie ce procédé et le recommande à ses collègues de la Société de médecine pratique, en fixe ainsi le manuel opératoire :

1er temps : libération par dissection de l'intestin avec la paroi abdominale, mais en évitant l'ouverture du péritoine.

2e temps : destruction avec la curette tranchante, sur un centimètre de largeur, de toute la muqueuse formant le pourtour de l'anus artificiel. — Affrontement et suture des surfaces avivées.

Ce procédé prévient la formation d'un éperon interne et par conséquent toute diminution du calibre de l'intestin.

II. **Traitement abortif de l'anthrax par les injections hypodermiques glyco-phéniquées.** — Cette médication est une application indirecte des procédés recommandés par M. Verneuil pour combattre l'anthrax. Il ne faut donc pas lui demander une originalité qu'elle n'a plus. Par contre, on doit constater que M. Danet en a fait une ingénieuse application contre l'anthrax.

Voici le procédé employé par notre distingué confrère dans deux cas où le succès a été complet :

1° Pratiquer autour de la tumeur, en y pénétrant d'un centimètre, des injections hypodermiques avec la solution glycophéniquée à 3 pour 100. On répartit le nombre des piqûres de de façon à circonscrire la tumeur.

2° Application en permanence, sur la tumeur, de compresses imbibées de la même solution.

C'est, ajouterons-nous, un traitement que sa simplicité recommande.

III. — **Du rôle des microbes dans les complications de la blennorrhagie** — Cette grave question a été soulevée par M. Eraud devant la Société des Sciences médicales de Lyon

Digitized by Google

Elle est importante au point de vue de la pathologie générale et des idées sur le transformisme des microbes

Notre confrère a examiné : 1° le liquide d'une prostatite ; 2° celui d'un orchite blennorrhagique ; 3° le liquide uréthral d'un individu vierge de blennorrhagie. Il a reconnu et cultivé, dans les trois cas, un microbe, en apparence identique. C'est un staphylocoque.

Or, le pus de la blennorrhagie, cultivé sur l'agar agar, donnerait naissance à un microbe morphologiquement semblable au précédent.

Tels sont les faits observés par M. Eraud. Faut-il en conclure à l'identité du gonocoque de Neisser et de ce staphylocoque ?

Par présomption, on peut supposer seulement que ce microbe se trouve normalement dans l'urèthre et qu'il devient offensif seulement dans certaines conditions. On le voit, ce transformisme d'un microbe et cette influence des milieux, sont des faits qui méritent d'attirer l'attention. Par leur confirmation et leur généralisation ils seraient de nature, à modifier les idées actuelles sur la pathogénie microbienne.

IV. **De la stérilisation des sondes et des tubes en caoutchouc.** — Ce procédé, dont M. Poncet a vérifié l'excellence par des expériences nombreuses, consiste :

1° A faire séjourner les sondes ou les tubes en caoutchouc dans une étuve à 140 degrés, en les plongeant dans une couche de poudre de talc et en prolongeant ce séjour pendant une demi-heure.

2° On obtient l'asepsie parfaite du catgut par le même procédé. On doit ensuite le laisser pendant un jour dans une solution de sublimé au trentième, puis le passer dans l'alcool.

L'asepsie parfaite des sondes et des tubes ainsi préparés a été vérifiée par M. Roux. De plus, il est établi que le talc possède des propriétés désinfectantes. Ce serait donc là un excellent moyen de protection pour conserver leurs qualités aseptiques aux objets préalablement désinfectés par la chaleur. K. D.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

Pratique de l'antisepsie dans les maladies des voies urinaires

par M. le Dr E. Desnos

Ancien interne des hôpitaux

Il est superflu de dire aujourd'hui que les règles générales de l'antisepsie chirurgicale doivent être appliquées à la thérapeutique des maladies des organes urinaires. On sait en effet que les divers accidents connus sous les noms de fièvre urineuse, de fièvre urétrale, d'empoisonnement urineux, etc., de même que la plupart des inflammations locales reconnaissent une origine parasitaire. Les organismes infectieux pénètrent par deux voies, descendante et ascendante; dans le premier cas, le microbe, entraîné par le torrent circulatoire, passe par le rein dans l'urine ; ce fait est très rare et ne s'observe guère qu'après les grandes intoxications. C'est la voie ascendante qui est généralement suivie, soit que l'organisme ait cheminé spontanément le long de l'urètre, ce qui se voit quelquefois chez la femme, rarement chez l'homme, soit qu'il ait été introduit par le cathétérisme; c'est le cas de beaucoup le plus fréquent (1). On peut dès maintenant en conclure que si le cathétérisme pouvait être toujours rigoureusement aseptique, on n'observerait presque jamais d'accidents infectieux.

Or les causes d'infection sont multiples et résident à la fois dans les organes mêmes du sujet et dans les instruments destinés à les parcourir.

L'urètre contient toujours, même chez un sujet sain, un certain nombre de microbes dont quelques-uns sont pathogènes ; nous n'avons pas à entrer sur ce point dans des détails que les travaux de M. Legrain ont en particulier bien mis en lumière.

Dans la vessie et l'urètre postérieur, au contraire, il ne paraît pas exister d'organismes vivants, car l'urine d'un homme bien portant, recueillie aseptiquement, ne se cultive pas : il n'en est pas de même dans beaucoup de cas où on pratique le cathétérisme ; aussi faut-il apporter tous ses soins à rendre aseptique ce champ opératoire ; on y parvient au moyen d'une évacuation complète et de lavages.

En ce qui concerne l'urètre, on a proposé souvent des instruments à jet récurrent dont l'emploi n'est pas recommandable ; on sait qu'ils consistent en une sorte d'un calibre plus ou moins petit, qui est portée profondément dans le canal ; des ouvertures sont pratiquées de façon à ce que le jet se dirige, non pas vers la vessie, mais vers le méat. L'introduction de cet instrument doit se faire dans un milieu non préalablement irrigué, par conséquent septique, et fait courir le risque d'une inoculation ; de plus, le calibre de cette sonde étant forcément étroit, le jet n'a pas une puissance suffisante pour détacher les mucosités et le pus ; enfin le liquide ainsi dirigé ne pénètre pas au fond des lacunes dont l'orifice est tourné vers le méat. Il est donc préférable de pousser purement et simplement une injection dans l'urètre : on introduit par le méat l'embout d'une seringue assez peu volumineux pour ne pas remplir tout le canal ; on est certain ainsi, en maintenant le canal rectiligne au moyen d'une légère traction sur la verge, que le liquide parcourra l'urètre antérieur, mais aussi qu'il refluera au fur et à mesure de son introduction et ne dépassera pas la portion membraneuse.

Voilà pour l'urètre antérieur. Au delà de la portion membraneuse, on est physiologiquement dans la vessie, et le pus ou les éléments infectieux peuvent impunément être refoulés dans cette cavité *à condition de n'y pas séjourner* ; si une évacuation immédiate suit l'injection, il n'y a pas d'inoculation à craindre.

On peut pour cela, exécuter la même manœuvre que pour l'urètre antérieur, mais en serrant les lèvres du méat autour de la canule pour faire pénétrer dans la vessie le liquide qui est immédiatement après uriné par la malade. Ces *lavements de vessie*, selon l'heureuse expression du Dr Bertholle, ne présentent peut-être pas beaucoup d'inconvénients ; néanmoins j'ai observé des accidents à la suite de manœuvres de ce genre, et il vaut mieux agir de la façon suivante : l'urètre antérieur étant lavé et irrigué, on introduit une sonde ; dès que l'œil de celle-ci a dépassé la portion membraneuse, on injecte une petite quantité de liquide qui reflue dans la vessie ; cette première irrigation effectuée, on pousse la sonde en avant, on évacue le contenu de la vessie ; puis l'œil de la sonde est ramené dans la prostate, et on recommence cette manœuvre un certain nombre de fois.

(1) Société médico-pratique, 23 janvier 1890.

Digitized by Google

Pour la vessie, les règles des lavages ont été souvent exposées, et je n'ai rien à y ajouter ici ; on se rappellera qu'un bon lavage exige une action mécanique, le jet doit être poussé avec une certaine force pour détacher les mucosités adhérentes aux parois, soulever les sédiments du bas-fond de la vessie. Enfin la première règle de l'antisepsie, ici comme pour toute autre cavité, est d'en assurer l'évacuation complète; l'emploi d'un agent antiseptique ne vient qu'en seconde ligne. Nous aurons à revenir sur la nature des liquides à employer.

En observant ces précautions, qui sont très-simples et qu'on n'a pas le droit de négliger, on arrive à rendre à peu près aseptiques les voies urinaires inférieures. Malheureusement, on ne peut avoir un résultat complet, qui confère une sécurité absolue ; très souvent il reste encore, sur les parois, des organismes que les lavages ont été impuissants à détruire ou à entraîner. Aujourd'hui, un chirurgien se proposant d'opérer sur une surface découverte, ne se contenterait pas d'une simple irrigation boriquée, et l'ayant faite, ne croirait pas avoir ainsi rendu le champ opératoire aseptique ; il en est de même de l'urètre et de la vessie. Néanmoins on ne peut, sans léser la muqueuse, exercer une action mécanique plus énergique, employer des antiseptiques puissants. Aussi les précautions que j'ai signalées ne conduisent pas à un résultat absolu, mais elles suffisent dans la majorité des cas.

D'ailleurs, l'antisepsie du malade cède le pas à la seconde partie de la question que nous allons étudier : l'antisepsie du chirurgien et des instruments. Au moment de pratiquer le cathétérisme, le chirurgien devra, de même qu'avant toute opération, se laver les mains au savon et à la brosse, les immerger dans une solution antiseptique et, sans les essuyer, bien entendu, saisir les instruments et pratiquer le cathétérisme.

L'asepsie des instruments s'obtient de deux façons, suivant qu'ils sont métalliques ou non. Les premiers doivent être traités comme tout instrument de chirurgie, c'est-à-dire placés dans une étuve à 120 ou 150 degrés, ou soumis à une ébullition prolongée, ou flambés, faute de mieux. Après cela, ils doivent être plongés dans un liquide antiseptique, s'il s'agit d'une opération de longue durée, ou s'il ne doit pas s'en servir immédiatement ; en cas contraire, l'immersion est inutile.

La stérilisation des instruments souples, de gomme ou de caoutchouc, exige des précautions plus grandes et est moins facile à réaliser. Il ne faut pas croire, en effet, qu'il suffit pour cela de plonger un instrument dans un liquide antiseptique. On trouvera, dans un récent et très instructif article de M. Albarran (1), l'exposé de divers procédés employés pour cette stérilisation. Parmi eux je signalerai surtout celui qui est employé dans le service de M. Guyon, et qui consiste à exposer les sondes à des vapeurs d'acide obtenues par l'action de l'acide chlorhydrique sulfureux, sur du bisulfite de soude. Mais ces manœuvres exigent une installation particulière un peu compliquée, que tous les praticiens ne sont pas en mesure d'avoir chez eux.

L'immersion dans un liquide antiseptique (solution de sublimé, ou au 1.000e de biiodure, d'acide phénique, de créoline, etc.) est un bon moyen de stérilisation, mais il exige un séjour prolongé des instruments de gomme qui se dépolissent, se déforment et sont bientôt hors de service. Néanmoins un fabricant, M. Vergne, a construit des sondes qui résistent à l'immersion ; elles sont faites d'un tissu de crin de Florence et recouvertes d'une couche de gutta percha laminée. Malheureusement leur prix de revient, trop considérable jusqu'à présent, empêche qu'elles n'entrent dans la pratique. Mais, si l'asepsie parfaite ne s'obtient que par une immersion prolongée, il ne faut pas croire qu'un lavage des instruments, même extemporané, soit inutile ; au contraire, on y recourra toutes les fois que les précautions que je vais indiquer ne pourront être prises, tout en étant bien convaincu que l'immunité conférée par un semblable lavage est loin d'être complète.

Je tiens en effet à rester sur le terrain de la pratique journalière ; or, combien de fois un praticien, aussi bien que le chirurgien appelé par lui à la hâte, s'est-il trouvé dans l'impossibilité de prendre les précautions antiseptiques les plus élémentaires ? Quel que soit le milieu dans lequel la scène se passe, même dans les familles les plus aisées, combien souvent est-il arrivé qu'on ne trouve aucune solution antiseptique auprès de soi ; il est souvent très difficile de se les procurer à bref délai ; parfois même, à la campagne surtout, cela est tout à fait impossible. Il faut cependant agir, le malade souffre et une longue attente aggrave sa situation.

C'est pour ces raisons que je donne la préférence au moyen suivant, qui permet d'avoir sur soi des sondes aseptiques, dont on peut se servir immédiatement. Je veux parler de stérilisation des instruments obtenue en les portant à une haute température. Il y a quelques mois, M. Delagenière, interne des hôpitaux, décrivait le procédé mis en usage dans le service de M. Terrier. Les sondes, contenues dans des tubes de verre bouchés par un tampon d'ouate, sont introduites dans une étuve à eau bouillante, où elles restent une demi-heure. En recommençant cette opération trois jours de suite, on obtient une asepsie certaine, mais ce procédé est long et en somme peu pratique.

(A suivre)

(1) Recherches sur l'asepsie dans le cathétérisme (*Ann. des mal. des org. gén. urin.*, janvier 1890).

CHRONIQUE DU SERVICE DE SANTE MILITAIRE

De l'engagement militaire des étudiants en médecine

Un article paru récemment dans ce journal avance que les étudiants en médecine pour le doctorat ont la faculté de s'engager, dès l'âge de 18 ans, pour trois années, tout en conservant la latitude de ne faire qu'un an de service militaire.

C'est une erreur qu'il importe de rectifier.

L'auteur de l'article s'est appuyé sur l'art. 8 du décret du 28 septembre 1889, ainsi conçu : Si le contractant désire bénéficier de la disposition contenue dans l'avant dernier alinéa de l'art. 59. de la loi du 16 juillet, il doit en faire la demande par écrit et produire à l'appui de sa demande les justifications exigées des jeunes gens qui réclament devant le conseil de révision l'envoi en congé après une année de service.

Digitized by Google

Or, l'avant dernier alinéa de l'art. 59, auquel on fait allusion, porte que : l'engagé volontaire admis, après concours, à l'Ecole normale supérieure, à l'Ecole centrale ou à l'une des *Ecoles spéciales* visées par l'art. 23, pourra bénéficier des suppositions du dit article, après un an de présence sous les drapeaux, à la condition que la demande ait été formulée au moment de l'engagement.

On en avait conclu que, sous cette rubrique : *élèves des Ecoles spéciales*, étaient compris tous les jeunes gens, sans exception, qui bénéficient de la dispense, grâce à l'art. 23 de la loi du 16 juillet. Spécialement, les élèves des Ecoles de droit et des Ecoles de médecine semblaient rentrer dans cette catégorie et pouvoir profiter de l'engagement de trois ans, réduit facultativement à un an.

Il n'en est rien. Informations prises auprès du service de recrutement, le terme *Elèves des Ecoles spéciales* ne s'applique qu'à l'Ecole normale supérieure, à l'Ecole centrale, à l'Ecole polytechnique et aux Ecoles professionnelles énumérées dans la loi du 16 juillet : Ecoles des ponts et chaussées, des mines, des haras du Pin, d'agriculture, des maîtres ouvriers mineurs, de hautes études commerciales, etc.

Par suite, les étudiants en médecine sont en dehors de ces dispositions bienveillantes. Ceux qui désireraient s'engager sont astreints à accomplir intégralement les trois années de service de leur engagement. Ils ne bénéficient de la dispense de deux ans que dans le cas où, à l'âge de 20 ans, ils partent pour leur sort ; et encore faut-il qu'à 26 ans, ils aient été reçus docteurs, sinon l'Etat leur réclame les deux années de service dont ils ont été dispensés.

C'est évidemment une anomalie. On reviendra sans doute sur ces dispositions. Il ressort de l'esprit de la loi qu'on a voulu favoriser les études supérieures et les carrières libérales en autorisant les candidats à ne faire qu'une année de service, soit à 18 ans, comme engagés, soit à 20 ans comme jeunes soldats.

Quoi qu'il en soit, et jusqu'à nouvel ordre, la procédure suivie actuellement est celle indiquée ici : les étudiants en médecine n'ont pas la possibilité de partir à 18 ans et de ne faire qu'un an de service par la voie de l'engagement, s'ils s'engagent, ils restent sous les drapeaux, le temps entier de leur contrat ; s'ils attendent le tirage au sort, ils ne font qu'un an de service actif, à condition qu'ils soient reçus docteurs à 26 ans. X.

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

La contagion de l'influenza

Rennes, 12 février 1890.

Et d'abord, cette affection est-elle contagieuse ? Dans les premiers jours, en observant sa marche si rapidement envahissante, par larges surfaces, je n'aurais guère hésité à répondre : non, elle est seulement épidémique. Aujourd'hui, mon opinion s'est profondément modifiée, et la manière dont ma maison a été envahie ne peut guère me laisser de doute.

Je recevais chez moi le mercredi 1er janvier un jeune pensionnaire dans un de nos plus important collèges, où d'assez nombreux cas de grippe venaient d'être signalés. En même temps sa mère arrivait de Normandie. Le vendredi, mon jeune collégien était pris de fièvre avec vomissements, céphalalgie, douleurs sur les muscles de l'œil. Dès le lundi il pouvait se lever : il était convalescent. Le lundi suivant je fus pris d'une courbature générale avec douleur lombaire. La nuit fut mauvaise, sans sommeil, et le lendemain, je ne pouvais mettre le pied hors du lit sans être pris de vertiges avec faiblesse des jambes. Anorexie absolue, et langue déjà très saburrale, symptômes d'ailleurs auxquels je devrais m'attendre, étant depuis plusieurs années atteint d'une dyspepsie de nature arthritique. La rachialgie cessa rapidement, mais fut remplacée par une myosalgie oculaire assez intense.

Le 9 janvier, ma belle-sœur arrivée du 1er, était prise à son tour avec les mêmes symptômes, l'insomnie et les vertiges surtout. Le 11, c'était le tour de ma femme, qui s'en tirait avec deux jours de lit. En même temps une des bonnes était atteinte de la forme bronchitique légère. Dans l'appartement situé au-dessus du mien, une jeune fille tombait malade à son tour, et, dans les mansardes, une femme de ménage qui venait souvent chez moi, prenait la maladie pour la transmettre à son mari et ses enfants. Or, dans les maisons voisines je n'ai pas eu connaissance d'un seul cas de grippe. Il y a donc eu là un foyer bien nettement circonscrit dont le point de départ a été le séjour de mon neveu à la maison. L'incubation paraît donc avoir été fort courte, de 2 à 3 jours en moyenne.

Il résulte bien nettement de l'invasion et de la marche de l'influenza, qu'elle est absolument infectieuse : je n'en voudrais pour preuves que son début par un véritable coup de massue, l'*oppressio virium* qui lui succède immédiatement, l'envahissement des trois grands appareils, nerveux, respiratoire et digestif, ses complications de toutes natures et ses rechutes si fréquentes, d'ailleurs le microbe existe, il est connu, mieux hélas ! que les moyens de le détruire.

Dr Bruté.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la thérapeutique tœnicide

par M. le Dr L. Duchesne

Vous vous souvenez sans aucun doute de la très intéressante communication que fit, il y a quelque temps, mon excellent collègue, le Dr Descroizilles (1), au sujet du traitement du tœnia chez les enfants, à l'aide d'une formule que j'ai publiée en 1885 dans mon formulaire et qui est la suivante :

Extrait éthéré de fougère mâle vert....	4 gr.
Calomel.....	0 gr. 40
Sucre.....	8 gr.
Gélatine.....	q. s.

Faire une gelée de consistance ordinaire et aromatisée au goût du petit malade (2).

La veille au soir, diète lactée.

Par ce moyen commode pour les enfants, il avait obtenu des succès.

Les médecins sont généralement embarrassés pour savoir à quel médicament ils doivent donner la préférence, et c'est le résultat de mon expérience personnelle que je demande la permission de retracer brièvement ici. Elle est en beaucoup de points conforme à la thérapeutique de mon ancien maître, M. Laboulbène.

Le tœnia solium ou armé, qui tend de jour en jour à dis-

(1) Société médico-pratique, 13 janvier 1890.

(2) Descroizilles : *Revue générale de Clinique et de thérapeutique*, janvier 1890).

Digitized by Google

paraître de notre pays, vient du cysticerque du cochon ladre. Le tœnia inermis ou médiocanellata, dont le nombre augmente au contraire chaque jour, vient du bœuf. Enfin le botriocéphale, assez rare chez nous, vient d'embryon vivant sur le brochet et autres poissons de la classe des saumons. On ne le rencontre guère que chez les personnes ayant séjourné plus ou moins longtemps en Suisse et en Hollande. Il a été aussi signalé en Pologne.

Le ver doit être d'abord endormi, pour qu'il cesse d'adhérer aussi fortement qu'il le fait à la muqueuse intestinale et pouvoir ensuite être expulsé. L'idéal serait donc de trouver un médicament qui soit à la fois anthelminthique et purgatif. Or il n'y en a que deux qui remplissent ces conditions. L'un, c'est le kousso, qui est très bon quand il est frais, mais c'est très rare. L'autre est le kamala (résine du Rothera tinctoria) qui donne des succès inespérés. Malheureusement, il est très impur. Pour réussir il faut se servir de la teinture bien préparée.

Parmi les autres anthelminthiques, il faut placer en première ligne l'écorce de grenadier. On emploie généralement l'écorce de la racine, mais M. Laboulbène, dont la compétence est si grande en pareille matière, prétend que celle-ci est illusoire et très épaisse. Il lui préfère de beaucoup l'écorce de la tige et de la plante sauvage.

La pelletiérine de Tanret est encore un bon tœnifuge. La contrefaçon allemande ne vaut pas grand'chose. Le reproche que j'adresse à la pelletiérine est de provoquer des vertiges tels, que le malade est obligé de garder la position horizontale.

Un malade à qui l'on avait donné ce médicament, et ensuite 30 grammes d'eau-de-vie allemande, éprouva de violentes envies d'aller à la garde-robe, et toutes les fois qu'il voulait se mettre sur la chaise percée, il était pris de vertiges tels qu'on était obligé de le soutenir pour l'empêcher de tomber.

La pelletiérine donne aussi des nausées. J'ai l'habitude, pour éviter cet inconvénient, d'administrer préalablement au malade un peu d'antipyrine ou de cocaïne. La dose de pelletiérine est de 0,30 à 0,40 centigrammes pour les adultes. Dans aucun cas on ne doit l'administrer aux enfants. Son emploi pourrait occasionner des accidents très graves.

De tous les anthelminthiques, celui qui m'a donné les succès les plus constants, c'est l'extrait éthéré de fougère, mêlé, associé au calomel, mais il faut agir avec le rhizôme frais, condition rarement remplie.

Les capsules d'extrait éthéré de fougère mâle et de calomel constituent une excellente préparation, très sûre et très active. Mais les dames éprouvent quelquefois de la difficulté à avaler ces capsules. Je pare à cet inconvénient en incorporant l'extrait de fougère dans du sirop de mélasse pur, c'est-à-dire ne renfermant pas de chlorure de sodium. Ce sirop est un excipient suffisant pour dissimuler le mauvais goût de l'extrait.

On a vu plus haut que c'est aussi l'extrait éthéré de fougère mâle, uni au calomel, que j'administre de préférence aux enfants. Chez ceux-ci, et chez les personnes trop délicates, on peut employer les semences du *cucurbita maxima* en émulsion avec la péporésine verte. Dix minutes après on administre 40 grammes d'huile de ricin.

Et cependant, ainsi que je le disais plus loin, je n'ai jamais obtenu de succès par ce moyen.

L'observation suivante, de date toute récente, vient à l'appui de cette assertion : Il se présenta dernièrement à ma consultation de l'ambulance municipale, un gardien de la paix, le sieur B., âgé de 27 ans. C'est un grand et solide garçon. Il me raconte qu'alors qu'il était au service au Tonkin, il subit le sort de ses camarades (50 0/0) qui avaient le tœnia.

Cette maladie provenait de la nourriture des soldats, consistant en viande de bœuf et en viande de porc, le tout mal cuit. Trois ans après son entrée au corps, il s'aperçut de la présence d'un tœnia. Le médecin du régiment lui administra de l'écorce de racine de grenadier ; mais le prévint que celle-ci n'étant pas fraîche, le résultat ne serait pas brillant. Effectivement, il rendit 5 à 6 mètres de tœnia, mais sans la tête.

Trois mois après, comme il rendait des anneaux, on lui administra des capsules de fougère mâle, et ensuite 60 grammes de sulfate de soude. Il rendit environ 10 mètres, mais pas la tête. Trois mois après, des anneaux furent rendus, et un an après d'autres anneaux encore.

C'est alors que, ces anneaux devenant plus abondants, surtout depuis deux ou trois jours, et le tœnia lui occasionnant des étouffements, du ténesme rectal et des coliques, il se décida à interrompre son service et vint à ma consultation. Je jugeai que ce cas était favorable à l'expérimentation du moyen que mes collègues Julliard et F. Vigier nous ont récemment dit ici leur avoir réussi, et j'ordonnai à ce malade 60 grammes de cucurbita maxima en émulsion avec la *péporésine verte*, en lui recommandant de prendre, vingt minutes après, 40 grammes d'huile de ricin. Le médicament fut pris le matin, et ce n'est que vers cinq heures du soir que quelques anneaux furent rendus.

En présence de cet échec qui ne m'étonna pas, car personnellement, pas plus que mon excellent confrère le Dr Dujardin-Beaumetz, je n'ai cru un seul instant à l'action de ce médicament, je résolus de laisser le malade tranquille pendant trois mois, et cette fois j'emploierai mon médicament de prédilection les capsules d'extrait éthéré de fougère mâle et de calomel.

Pour me résumer, je dirai que tous les anthelminthiques ont donné des résultats heureux. Il est probable que ces succès tenaient à ce que les expérimentateurs avaient affaire à des produits purs, ce qui est le cas le plus rare. Mais ce à quoi j'attache une importance capitale, c'est le choix du purgatif et surtout le moment de son administration.

Il faut que le purgatif expulse vite le ver touché par l'anthelminthique, et pour cela il faut un purgatif qui donne des coliques, c'est-à-dire qui fasse fortement contracter l'intestin.

Le ver alors se pelotonne, se recroqueville et c'est quand il est en boule que le purgatif agit le mieux pour provoquer l'expulsion de l'helminthe.

Je donne la préférence à la teinture de jalap composée que j'administre à la dose de 40 grammes. J'emploie aussi le calomel à la dose de 0,80.

Mais ce qui est le plus important, selon moi, c'est comme je le dis plus haut, de savoir saisir le moment psychologique auquel il faudra administrer le purgatif, et je suis persuadé que ce qui fait que les capsules m'ont toujours donné des

Digitized by Google

résultats supérieurs, c'est que dans ces capsules la tœnicide et le tœnifuge, sont administrés ensemble. En effet on doit donner aux malades 16 capsules, une toutes les dix minutes. Chaque capsule contient :

Extrait éthéré de fougère mâle	0, 50
Calomel	0, 05

Un grand avantage de cette préparation c'est que les malades n'ont rien à boire.

Donc pour la réussite de l'opération, savoir saisir le moment psychologique où il faut administrer le purgatif ; tout est là.

Ce moment que saisissait si bien la religieuse de Necker et qui a fait sa réputation, ce moment, dis-je, c'est quand le malade ressent une première et vive colique. C'est généralement quinze ou vingt minutes après l'administration de l'anthelmintique que l'on doit donner le purgatif. Je vais faire des expériences pour savoir si en donnant les deux médicaments ensemble ou presque ensemble, l'anthelmintique et le purgatif, comme on fait dans les capsules de l'extrait éthéré de fougère mâle et de calomel, on n'arriverait pas à un résultat plus sûr.

Une précaution indispensable est de recommander aux malades d'aller à la garde-robe sur un seau plein d'eau tiède. Quand le tœnia fait issue par l'anus il tombe sur l'eau et son poids n'entraîne pas la rupture qui se fait souvent au-dessous de la tête.

Enfin pour rechercher la tête, ce qui n'est pas toujours commode, car elle est souvent cachée dans une mucosité, je fais d'abord décanter l'eau du seau ; je fais filtrer les parties solides au travers d'une passoire pas trop fine, et je mets ensuite les parties solides au fond d'une cuvette bleue. La couleur blanche des petits fragments du tœnia se détache alors très bien sur la teinte bleue de la cuvette.

Quand j'aurai dit qu'il faut ne faire prendre la veille au soir au malade qu'un bol de lait et lui débarrasser l'intestin à l'aide d'un quart de lavement avec 60 gr. de miel de mercuriale, j'aurai passé en revue toute la thérapeutique tœnicide.

Il serait à désirer que tous nos collègues apportent, eux aussi, le résultat de leurs expérimentations, et alors peut-être pourra-t-on un jour savoir quel est l'anthelmintique qui peut le mieux convenir à telle ou telle espèce de tœnia.

Je n'ai pas encore d'idée bien arrêtée à ce sujet, je sais seulement que la pelletiérine est impuissante à débarrasser un malade du botriocéphale, et que c'est à l'extrait éthéré de fougère mâle qu'il faut avoir recours.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MÉDECINE

I. **Traitement du décubitus.** — Traitement hygiénique : il consiste dans des moyens d'hygiène et de propreté, et comme Dechambre le remarquait, à imposer aux malades des changements d'attitude quand la diminution de la sensibilité les encourage à conserver des positions qui seraient douloureuses pour d'autres. Les coussins d'air ou les matelas à eau, sont des moyens prophylactiques de cette catégorie.

Traitement médicamenteux : Il varie suivant la période : 1° érythématheuse ; 2° gangréneuse :

1° *Période érythémateuse.* — L'application de l'emplâtre diachylon est classique pour empêcher le contact de la peau, avec la surface du lit. Billroth conseille l'emplâtre de savon qu'il formule ainsi :

Emplâtre de savon	50 gr.

L'étendre sur une feuille de cuir souple ou sur de la toile fine.

2 *Période gangréneuse.* — On facilite la chute de l'escharé par des tampons d'ouate imprégnés de baume du commandeur (Dechambre) ou plutôt de topiques antiseptiques comme le suivant :

Acide phénique	5 gr.
Huile d'olive	300 gr.

Ou bien on soupoudrera la surface avec l'iodoforme, finement pulvérisé et on recouvrira de gaze iodoformée.

On emploiera encore des compresses imbibées de topiques semblables, ou le suivant recommandé, par Billroth :

Permanganate de potasse	6, 60 centigr.
Eau distillée	500 gr.

Ce traitement local aura pour auxiliaire une médication interne ; vin, quinine, toniques, alcool. Billroth prescrit volontiers le camphre à l'intérieur sous formes de prises.

Camphre pulvérisé	0,15 à 0,20 centigr.
Gomme arabique pulvérisée	0,60 à 0,80 —

F. s. a. un paquet à prendre dans la journée

II. **Trois formules de vin tonique et apéritif.** — Dans les convalescences, M. H. Huchard prescrit souvent le vin suivant :

Glycérine	30 gr.
Extrait de quinquina	20 gr.
Teinture de cannelle	15 gr.
Teinture d'écorces d'oranges amères	25 gr.
Vin de Lunel	450 gr.

Filtrez ; un verre à liqueur avant chaque repas

Dans les cas où on redoute la contispation on modifie ainsi cette formule :

Glycérine	30 gr.
Extrait de quinquina	20 gr.
Teinture de rhubarbe	15 gr.
Teinture d'écorces d'oranges amères	25 gr.
Vin de Lunel	450 gr.

Pour obtenir des effets plus énergiques encore contre l'inappétence, je suis d'avis de modifier ainsi ces formules :

Glycérine	10 gr.
Extrait de quinquina	12 gr.
Teinture de noix vomique	XL gouttes
Teinture d'écorces d'oranges amères	10 gr.
Vin de Lunel	300 gr.

Une cuillerée à bouche avant chaque repas.

Ch. Eloy.

INFORMATIONS

PARIS

Société médico-pratique. — Séance du 24 février. Ordre du jour :

1o M. Ramon, cas de méningite guérie chez un enfant probablement tuberculeux.

2o M. Schwartz, de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne.

3o M. Zernoff (de Moscou), sur l'encéphalonétrie.

Digitized by Google

4o M. Roux, sur un cas d'intoxication par une injection phéniquée vaginale.

5o M. Potherat, cas d'amputation urgente pour une ostéomyélite ancienne.

ETRANGER

Allemagne. — **Congrès médical international de Berlin.** Le Congrès s'ouvrira le 4 et sera clos le 9 août 1890. Sont admis tous les médecins diplômés qui, s'étant fait inscrire comme membres, auront retiré leurs cartes. La cotisation des membres est fixée à 20 marcks payables au moment de l'inscription, et donne droit à un exemplaire des travaux du Congrès.

Le Congrès comprendra 18 sections dont voici les comités d'organisation ; (Les noms de gérants sont en italiques).

1. *Anatomie.* — Flemming (Kiel). — Hasse (Breslau). — Hertwig (Berlin). — His (Leipzig). — V. Kolliker (Würzburg). — Kupffer (München). — Merkel (Gottingen). — Schwalbe (Strasbourg). — Wiedersheim (Freiburg).

2. *Physiologie et Chimie physiologique.* — Bernstein (Halle). — Biedermann (Jena). — Du Bois-Reymond (Berlin). — Heidenhain (Breslau). — Hensen (Kiel). — Hüfner (Tübingen). — Hoppe-Seyler (Strasbourg). — H. Munk (Berlin). — Voit (Munich).

3. *Pathologie générale et Anatomie pathologique.* — Arnold (Heidelberg). — Bollinger (München). — Grawitz (Greifswald). — Heller (Kiel). — Penfick (Breslau). — V. Recklinghausen (Strasbourg). — Virchow (Berlin). — Weigert (Francfort-s. M.). — Zenker (Erlangen).

4. *Pharmacologie.* — Binz (Bonn). — Bohm (Leipzig). — Filehne (Breslau). — Jaffé (Konigsberg). — Liebreich (Berlin). — Marmé (Gottingen). — Penzoldt (Gottingen). — Schmiedeberg (Strasbourg). — Hugo Schulz (Greifswald).

5. *Médecine interne.* — Biermer (Breslau). — Gerhard (Berlin). — Leube (Würzburg). — Leyden (Berlin). — Lichtheim (Konigsberg). — Liebermeister (Tübingen). — Mosler (Greifswald). — Naunyn (Strasbourg). — V. Ziemssen (Munich).

6. *Pédiatrie.* — Biginsky (Berlin). — Henoch (Berlin). — Heubner (Leipzig). — Kohts (Strasbourg). — Krabler (Greifswald). — Ranke (München). — Rehn (Frankfurt a. M). — Soltmann (Breslau). — Steffen (Stettin).

7. *Chirurgie.* — Bardeleben (Berlin). — V. Bergmann. — Czerny (Heidelberg). — Konig (Gottingen). — V. Lotzbeck (Munich). — Schede (Hamburg). — C. Thiersch (Leipzig). — Trendelenburg (Bonn). — Wagner (Konigshütte).

8. *Obstétrique et Gynécologie.* — Fritsch (Breslau). — Gusserow (Berlin). — Hegar (Freiburg). — Hofmeyer (Würzburg). — Kaltenbach (Halle). — Leblein (Giessen). — Martin (Berlin). — Ohlshausen (Berlin). — Winckel (Munich).

9. *Névrologie et Psychiatrie.* — Binswanger (Jena). — Emminghaus (Freiburg). — Erb. (Heidelberg). — Flechsig (Leipzig). — Fürstner (Heidelberg). — Grashey (München). — Hitzig (Halle). — Jolly (Strasbourg). — Laehr (Berlin).

10. *Ophtalmologie.* — O. Becker (Heidelberg). — Eversbuch (Erlangen). — N. Hippel (Giessen). — Hirschberg (Berlin). — Leber (Gottingen). — Michel (Würzburg). — Schmidt-Rimpler (Marburg). — Schweigger (Berlin). — V. Zehender (Rostock).

11. *Otiatrie.* — Bezold (München). — Bürkner (Gottingen). — Kirchner (Würzburg). — Kuhn (Jena). — Kessel (Jena). — Lucae (Berlin). — Magnus (Konigsberg). — Moos (Heidelberg). — Trautmann (Berlin).

12. *Laryngologie et Rhinologie.* — Beschorner (Dresden). — B. Fränkel (Berlin). — Gottstein (Breslau). — A. Hartmann (Berlin). — Jurasz (Heidelberg). — H. Krause (Berlin). — Michel (Hamburg). — Schech (München). — M. Schmidt (Francfort-s. M).

13. *Dermatologie et Syphiligraphie.* — Caspary (Konigsberg). — Doutrelepont (Bonn). — Kaposi (Berlin). — Lassar (Berlin). — O. Lewin (Berlin). — Neisser (Breslau). — Unna (Hamburg). — Wolf (Strasbourg).

14. *Odontologie.* — Busch (Berlin). — Calais (Hamburg). — Hesse (Leipzig). — Fricke (Kiel). — Hollander (Halle). — Miller (Berlin). — Partsch (Breslau). — Sauer (Berlin). — Weil (Munich).

15. *Hygiène.* — Flügge (Breslau). — Gaffky (Marburg). — Graf (Elberfeld). — F. Hofmann (Leipzig). — R. Koch (Berlin). — Lehmann (Würzburg). — Pistor (Berlin). — Wolfhügel (Gottingen). — Uffelmann (Rostock).

16. *Géographie médicale et climatologie.* — Abel (Stettin). — Brock (Berlin). — Deittweile. (Falkenstein). — Falkenstein (Lichterfelde). — Finkelnburg (Bonn). — Guttstadt (Berlin). — A. Hirsch (Berlin). — Lent (Koln). — Wernich (Coslin).

17. *Médecine légale.* — Falk (Berlin). — Günther (Dresde). — V. Holder (Stuttgart). — Knauff (Heidelberg). — Liman (Berlin). — Schonfeld (Berlin). — Schwarz (Koln). — Skrzeczha (Berlin). — Ungar (Bonn).

18. *Hygiène militaire.* — V. Coler (Berlin). — V. Fichte (Stuttgart). — Grasnick (Berlin). — Grossheim (Berlin). — Krocker (Berlin). — Mehlhausen (Berlin). — Mohr (Munich). — Roth (Dresden). — Wrezel (Berlin).

NOUVELLES MILITAIRES

France

Conseil supérieur de santé des colonies : Il est institué comme suit : M. le médecin-inspecteur de 2e classe, Treille président ; M. le médecin en chef Kermogant et M. le pharmacien principal de la marine Raoul, membres ; M. le médecin de 1e classe de la marine Auvray, secrétaire, avec voix consultative.

Conseil supérieur de santé de la marine. — M. Hyddes est nommé membre et M. Vincent secrétaire de ce Conseil.

Prix de médecine navale. — Le ministre de la marine, sur l'avis du Conseil supérieur de santé, a décerné :

1o Le prix de médecine navale, pour l'année 1889, à M. le pharmacien de 1re classe Lalande, pour sa monographie sur *l'opium des fumeurs* ;

2o Une mention honorable à M. le médecin de 1re classe Le Danteo, pour ses recherches sur les *microbes du rouge de la morue.*

Le ministre a, en outre, accordé des témoignages officiels de satisfaction à MM. les médecins de 1re classe Palmade, pour son rapport sur la *campagne du Dumont d'Urville* ; Drago, pour pour sa relation de la campagne accomplie par le *d'Estaing*, et à MM. les médecins de 2e classe H. Girard, pour son travail intitulé : *Variole et vaccine au Sénégal* ; Gros, pour son mémoire sur *Loano, les Bavilis et la colonisation européenne* ; Calmette, pour son travail sur *l'hémoglobinurie d'origine paludéenne.*

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs *Bellbe* (d'Agen), *Ozonam* (de Paris), *Robert* (de Poitiers) *Engelhardt Pierard*, (de Saint-Dizier) et *Barthélemy* (de Marseille).

Au Canada : M. le Dr A. *Rolland* médecin de l'Hôtel-Dieu de Montréal, et rédacteur de la *Gazette médicale* de cette ville.

En Autriche : M. le Dr *Hock* privat docent à l'Université de Vienne, qui laisse de nombreux travaux d'ophtalmologie.

En Belgique : M. le D. F. *Petit*, décédé au Congo où il était médecin de l'Etat Libre.

En Allemagne : M. le Dr O. *Becker*, professeur d'ophtalmologie à la Faculté de Heidelberg.

Le Directeur-Gérant, Henri Huchard.

Paris. — Imprimerie Décembre, 326, rue de Vaugirard.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE No 9 26 FÉVRIER 1890

REVUE GENERALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE
JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD. — RÉDACTEUR en CHEF : M. Charles ÉLOY.

COMITÉ de RÉDACTION: MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

Hospice de la Salpêtrière. — M. le Dr FALRET,

De la mélancolie.

Le terme de mélancolie, bien défini par Pinel, très-restreint par Esquirol, a pris de nos jours une signification de plus en plus vague ; cela tient non à ce que les faits observés autrefois, ont changé, mais bien leur sens. Si la façade de l'édifice a été conservée, c'est l'intérieur qui a subi tous les bouleversements.

Tout d'abord, on a détaché de la mélancolie les états morbides dits mélancolie de la paralysie générale. Commencé par Bayle, qui en avait rapporté un premier exemple, l'effort fut continué par Baillarger dans sa description du délire hypochondriaque au début et dans le cours de la paralysie générale.

On a enlevé ensuite à la mélancolie une forme de délire alcoolique qui a fait l'objet d'un travail important de Lasègue, et qui eût été apprécié plus vite s'il lui avait laissé, suivant sa première intention, le sous-titre de lypémanie alcoolique. Sous ce nom sont comprises des formes intermédiaires entre le délirium tremens, et l'alcoolisme chronique à durée variable, comprenant parfois plusieurs mots et prêtant souvent à confusion avec le délire de persécution.

Ont été enlevées ensuite à la mélancolie, grâce aux travaux de mon père et d'autres aliénistes, les périodes mélancoliques de la folie circulaire.

L'attention s'est ensuite concentrée sur des formes mélancoliques spéciales, à un âge avancé, avec troubles intellectuels dépressifs, idées tristes et tout spécialement avec troubles cérébraux physiques ; ictus, paralysies, étourdissements, qui ont fait rattacher ces formes plutôt au ramollissement et à l'apoplexie, qu'à la mélancolie proprement dite.

De même, les états mélancoliques de nature hystérique, épileptique, toxique, puerpérale, ne doivent pas être confondus avec la mélancolie. Il convient enfin d'isoler de la mélancolie le délire de persécution qui s'en distingue par sa marche, ses périodes bien établies par Lasègue, malgré les dénominations différentes, telles que délire chronique ou délire systématisé, qu'on a voulu attribuer à ses prétendues variétés.

Il semblerait qu'après de tels morcellements, le cadre de la mélancolie devrait être bien réduit ; il n'en reste pas moins très vaste encore, et dans la mélancolie proprement dite, je propose de distinguer trois groupes principaux :

1° *La mélancolie avec conscience, mélancolie sans délire.* Les malades conservent une certaine lucidité ; ils constatent des changements dans leur humeur, leurs dispositions, leur sensibilité ; ce sont des hypochondriaques au moral, analogues aux hyponchondriaques intellectuels.

Cette forme est généralement intermittente ; elle procède par accès avec rémissions parfois de longue durée.

2° *La mélancolie dépressive*, arrivant à la stupidité, dont les travaux de Baillarger et de Delasiauve ont été les points de départ. Cette mélancolie débute par la dépression, arrive peu à peu à la dépression maniaque, puis à la stupeur persistante ou souvent suivie de guérison.

3° *La mélancolie anxieuse*. Celle-ci avait été entrevue par Esquirol quand il divisait ses mélancoliques en passifs ou inertes, et en actifs : — les gémisseurs plaintifs. C'est cette forme correspond aux gémisseurs de Morel et de Guishloin, et ces gémissements se voient surtout aux débuts de la mélancolie anxieuse. Ces malades ont un besoin continuel de marcher, de se plaindre, de sangloter, de répéter les mêmes questions, les mêmes mots avec la monotomie la plus désespérante ; ils accusent des conceptions délirantes de ruine, de damnation, de craintes imaginares et ils paraissent avoir des idées de persécution, ce qui fait que souvent on s'y trompe. Cependant la distinction est des plus nette, entre le délire de persécution et la mélancolie anxieuse qui ont des caractères généraux très différents.

Les trois caractères, tristesse, crainte et défiance, si bien constatés par Esquirol chez ses mélancoliques, forment la base des trois formes mélancoliques. La tristesse est la base de la mélancolie dépressive ; la crainte, celle de la mélancolie anxieuse ; la défiance, celle du délire de persécution.

Les persécutés portent toujours leurs accusations sur le monde extérieur : choses, hommes ou démons. Les mélancoliques anxieux, portent leurs accusations sur eux-mêmes ; ce sont eux-mêmes qui ont commis les crimes, tandis que les persécutés en accusent les autres. Les persécutés ont toute leur attention fixée sur le passé ou sur le présent, sur le fait injuste qui vient d'être commis ou qui est commis ; le mélancolique est au contraire, comme le disait Lasègue, un appréhensif. Il a le regard tourné constamment vers l'avenir ; le passé, le present, lui importent peu ; l'avenir avec ses craintes, tout est là ; il ne redoute que l'avenir.

Si la mélancolie anxieuse a été bien étudiée dans ses symptômes, sa marche a peu fixé l'attention ; certains mélancoliques anxieux guérissent, certains passent à l'état chronique, et il est souvent difficile de déterminer si tel guérira ou non. Mon élève et ami, Cotard, avait très bien étudié, à ce sujet, le délire de négation, d'énormité, de transformation de la personnalité ; cette étude a été une découverte pour la marche de ce délire mélancolique qui, après avoir porté sur des choses possibles passe, lorsqu'il doit devenir chronique, le Rubicon de la

Digitized by Google

raison, et arrive à des craintes impossibles, chimériques. Ces malades en arrivent à se croire morts, découpés en parcelles, dédoublés, transformés; c'est là un signe de chronicité qu'on doit comparer cliniquement au délire des grandeurs, consécutif au délire de persécution. Avant Cotard ces transformations avaient été notées, mais c'est lui qui en a donné la juste interprétation clinique. Quand, dans ses plaintes anxieuses, le malade passe du vraisemblable à l'absurde, la mélancolie anxieuse guérit bien plus rarement.

Je veux ajouter quelques mots à propos de la *mélancolie intermittente ou périodique*.

Cette forme se présente par accès; ceux-ci peuvent être nombreux, parfois très rares; telles femmes ont eu dans leur vie trois accès : à la puberté, après une grossesse, à la ménopause. Ces accès, quelqu'en soit le nombre, ont toujours les mêmes caractères; leur début est brusque ou rapide; ils ont la même durée, souvent la même forme, la même intensité; ils guérissent comme ils débutent, brusquement.

Chose importante, la guérison est franche, et particularité remarquable, les malades, ce qui est rare dans les autres formes de folie, n'en rougissent pas; ils n'ont pas honte d'en parler, ils reviennent très volontiers vers nous après leur guérison; d'ailleurs on retrouve ces mêmes caractères dans les manies intermittentes.

LE DIAGNOSTIC DES MALADIES

REVUE BI-MENSUELLE DES CLINIQUES

RÉDIGÉE PAR

PARIS. — **Hôpital des Enfants malades** : Service de M. HUTINEL : *I. Le diagnostic différentiel de la broncho-pneumonie simple et de la broncho-pneumonie tuberculeuse des enfants.* — LYON : **Hôpital de la Charité** : Service de M. PERRET : *II. Un symptôme de péricardite avec épanchement chez les enfants.*

I. — **Le diagnostic différentiel de la broncho-pneumonie simple et de la broncho-pneumonie tuberculeuse des enfants.** — Il y a des diagnostics qui sont ingrats. Celui-ci est du nombre au lit du malade et devant la table d'autopsie.

L'usage est d'invoquer le témoignage de l'observation clinique avant celui de l'anatomie pathologique. C'est la règle, mais toute règle a ses exceptions : je procède donc inversement.

Un enfant succombe à une broncho-pneumonie. On ouvre la cavité thoracique : les poumons sont lourds et congestionnés par places; par places aussi, ils présentent des granulations miliaires.

Existe-t-il des cavernes? Rencontre-t-on dans une région quelconque du corps, des ganglions tuberculeux? Point de doutes; on dit : c'est une broncho-pneumonie tuberculeuse.

Autre cas : point de cavernes, pas de ganglions tuberculeux; mais seulement des granulations. Quelle est leur nature? Sont-elles inflammatoires? Sont-elles tuberculeuses?

Il y a matière à discussion.

Tuberculeuses ou inflammatoires, ces granulations ont en effet un *siège* identique, l'extrémité des bronchioles, et un *groupement* semblable, en forme de trèfle. Voilà des causes d'erreur pour le diagnostic anatomo-pathologique.

Pourquoi ces analogies? On en trouve la raison dans le cheminement des divers microbes à travers les voies respiratoires et leur arrêt au confluent des canaux alvéolaires avec les bronchioles. C'est le point sur lequel il s'implante volontiers : c'est le lieu qu'ils choisissent pour habitat.

En vérité, avec le microscope à la main, et à l'aide de ces seules données, on ne peut guère se prononcer sur la nature de telles granulations, à moins de faire appel aux procédés délicats de l'analyse microbienne.

Et puis, autre difficulté, sur laquelle M. Hutinel a insisté, les germes pathogènes n'appartiennent pas toujours aux mêmes espèces microbiennes. D'une part dans la broncho-pneumonie simple, on trouve tantôt des streptocoques, tantôt des pneumocoques, tantôt encore d'autres microbes; d'autre part dans la broncho-pneumonie tuberculeuse, le bacille de Koch s'observe aussi en association avec d'autres germes. Voilà une autre cause d'hésitation.

A l'heure actuelle, on considérera donc, les broncho-pneumonies en général, comme des inflammations complexes et on peut attribuer les lésions inflammatoires de la broncho-pneumonie tuberculeuse, non pas seulement au bacille de Koch, mais bien encore à des streptocoques, à des pneumocoques et à d'autres micro-organismes.

Inutile d'insister sur ces obscurités du diagnostic anatomo-pathologique, sinon pour constater qu'elles correspondent bien aux difficultés du diagnostic clinique.

J'arrive à ce dernier. Quelle est la *marche* comparative d'une broncho-pneumonie simple et d'une broncho pneumonie tuberculeuse? La première débute franchement. Sa réaction inflammatoire est nette, parfois même violente. La seconde s'instaure plus lentement, et il faut, souvent, une poussée inflammatoire pour faire soupçonner l'existence de granulations latentes jusque-là. La broncho-pneumonie tuberculeuse est donc insidieuse à son début. M. Hutinel le rappelle. N'est-ce pas, là, ajouterais-je, un caractère commun dans l'évolution de la plupart des affections tuberculeuses?

La *toux* des broncho-pneumonies tuberculeuses est parfois coqueluchoïde; parfois dans ces affections il existe un spasme glottique. Qu'on les note quand ils existent? Soit; mais on n'oubliera pas que ce sont là des phénomènes exceptionnels.

Une *dyspnée* intense avec cyanose, avec élévation du nombre de respirations jusqu'à cinquante ou soixante par minute, et surtout en désaccord avec les signes d'auscultation et de percussion, éveillera plus légitimement l'attention.

Et les signes objectifs? L'inspection révèle parfois l'*étroitesse du thorax*; c'est un symptôme de médiocre constance et d'accessoire importance, car la mensuration thoracique est malaisée à pratiquer chez l'enfant.

La percussion fait-elle constater des zones de *matité* adjacentes immédiatement à des zones de sonorité? C'est un signe commun à ces broncho-pneumonies; ce n'est pas un symptôme particulier à l'une d'elles.

Digitized by Google

A l'auscultation, on entend des *râles discrets et disséminés* dans la broncho-pneumonie tuberculeuse. Ces *râles* sont *sonores* et plus *éclatants* dans la broncho-pneumonie simple. Peut-on, en auscultation pulmonaire, motiver suffisament un diagnostic ferme sur des nuances de tonalité ?

Sera-t-on plus légitimement fondé à le faire, quand les râles seront localisés au sommet du poumon ? Non : car cette *localisation tuberculeuse* n'offre pas la même constance chez l'enfant que chez l'adulte. Elle ne devient la règle que durant la seconde enfance. Avant la sixième ou la septième année, on trouvera donc fait à noter, des broncho-pneumonies simples localisés au sommet et des foyers de broncho-pneumonies tuberculeuses siégeant à la base.

Quand elle existe, une telle localisation peut, tout au plus, passer pour un signe de présomption, mais à une condition : c'est de s'accompagner d'autres symptômes.

Et puis, il faut bien en convenir : isolément considérés, les signes d'auscultation sont insuffisants pour assurer le diagnostic. Il y a des broncho-pneumonies tuberculeuses à forme *de pneumonie lobaire*; il y en a d'autres, *à forme de pleurésie*, et c'est alors la marche traînante de la maladie, ce sont aussi des symptômes généraux, qui aideront plutôt à en reconnaître la nature.

Le thermomètre fournit-il des renseignements plus décisifs ? On a écrit que dans la broncho-pneumonie tuberculeuse, l'*élévation thermique* était moindre que dans la broncho-pneumonie franche. C'est une erreur d'après M. Hutinel. Cette règle n'est point absolue, et au lieu de la formuler ainsi, il faut dire que le nombre des battements du pouls ne diffère point dans l'une ou dans l'autre de ces affections; mais qu'il existe, dans la première, des oscillations thermiques en désaccord avec les variations du pouls. En d'autres termes, une température modérée peut correspondre à un pouls élevée et réciproquement, un pouls modéré peut correspondre à une température exagérée.

Et l'adynamie, l'amaigrissement, les sueurs profuses ? Ce sont des symptômes communs aux deux affections, avec cette différence toutefois d'être plus accusées dans la première que dans la seconde.

Dans le doute, cherchons ailleurs. Existe-t-il des convulsions ? Ce symptôme est banal en pathologie infantile et surtout dans l'espèce. Il aurait, par contre, une réelle valeur, s'il s'associe au strabisme, à la roideur du cou et aux manifestations classiques de la tuberculose des méninges.

Au même point de vue, on explorera les divers organes ; un foie gros, une synovite tuberculeuse, un testicule tuberculeux révéleront l'état tuberculeux du malade. Voilà donc la signature de la tuberculose : on doit la déchiffrer; car, cette signature est de celles que, d'ordinaire, le bacille envahisseur, on me pardonnera cette expression, ne laisse point protester.

Cependant, il y a des cas nombreux où ces manifestations font défaut : que faire ? Etudier la marche de l'affection. Dans la broncho-pneumonie simple, l'amélioration de l'état général, le retour de l'appétit, s'accentuent progressivement à mesure que les phénomènes fébriles s'éteignent. C'est une maladie aiguë dont le cycle s'achève ; la guérison est probable, bien souvent elle le termine.

La marche d'une broncho-pneumonie suspecte est bien différente. On le sait assez. C'est une maladie qui traîne : la température oscille sans revenir définitivement à la normale ; l'amaigrissement, et les troubles digestifs augmentent. Voici venir les diarrhées; voici les sueurs profuses; la période de cachexie s'ouvre. On ausculte le malade : peu de râles, plus de bruits anormaux dans le poumon. On ausculte de nouveau après quelques jours : l'on constate les signes d'une poussée congestive. Cette poussée pourra s'éteindre, mais, ajouterai-je, ce sera pour être suivie par d'autres.

La marche de la broncho-pneumonie tuberculeuse sera aiguë ou chronique ; ses rémissions seront plus ou moins durables mais sa terminaison est fatale ; et ce n'est pas faire profession de prophète, de répéter après M. Hutinel, qui le dit excellement : la broncho-pneumonie tuberculeuse ne guérit pas.

Contre elle le thérapeutiste intervient comme il peut, mais ce qu'il peut faire, démontre toujours, hélas ! son impuissance.

41. Un symptôme de la péricardite avec épanchement chez les enfants. — A côté des manifestations dont le péricarde est le siège, on constate parfois dans le cours de la péricardite avec épanchement des symptômes pleuro-pulmonaires. C'est un fait classique, sinon banal. Puis hypothèse aussi classique et aussi banale, on est porté à considérer ces phénomènes comme les indices d'une inflammation par propagation de voisinage.

On se dit alors : ici les phénomènes ont le caractère pleurétique et on conclut : voilà une *péricardite du type pleurétique*. Là, ils ont le caractère pneumonique, et on ajoute : voilà une *péricardite du type broncho-pneumonique*. Ce n'est pas tout, on ajoute encore : la percussion et l'auscultation permettent le diagnostic.

On percute donc et on constate une zone de matité. Est-ce une matité pleurétique ? Est-ce une matité pneumonique ? On ausculte; et si l'oreille entend des râles crépitants ou sous-crépitants, on estime qu'il s'agit d'une péricardite du type pneumonique. Par élimination, la complication pleurétique a été mise hors de cause.

Ce raisonnement est de simplicité; la théorie ne l'est pas moins. En majorité, les auteurs regardent, en effet, ces signes pleuro-pulmonaires comme les indices révélateurs de lésions inflammatoires de contiguité. Eh bien ! pour les avocats d'une opinion plus moderne, il y aurait l'intervention d'un autre facteur, je veux dire : compression broncho-pulmonaire par l'épanchement péricardique.

En d'autres termes, les manifestations pleuro-pulmonaires de la péricardite avec épanchement seraient souvent de cause mécanique et non pas toujours de cause inflammatoire. En outre, conclusion légitime après de telles prémisses, les prétendues pleurésies du côté gauche dans le cours de la péricardite seraient habituellement des fausses pleurésies.

M. Perret a défendu cette thèse au moyen des observations de trois petits malades de son service, chez lesquels, avec M. Dezio, il a constaté par la percussion sous la clavicule et sous l'omoplate, des signes de compression broncho-pulmonaire.

Devait-on en bonne raison, songer dans ces cas, à des lésions inflammatoires de la plèvre par voisinage ? J'en conviens, cette idée serait en harmonie avec l'hy-

Digitized by Google

pothèse classique. Et pourtant dans l'espèce, on commettait une erreur, ces phénomènes pleurétiques ayant la compression et non l'inflammation pour cause.

En présence de semblables manifestations, quelle conduite le clinicien tiendra-t-il ? Il doit faire un diagnostic par élimination. C'est la méthode.

Dans les péricardites avec épanchement, on cherchera et on trouvera parfois, au dessous de l'angle inférieur de l'omoplate et à droite de la colonne vertébrale, une zone de matité. En dedans, cette matité, comme M. Pins l'a démontré (1), est séparée du bord inférieur du poumon par un intervalle de sonorité dont l'étendue varie entre un et deux travers de doigt. En bas, et en dehors, elle rejoint parfois la matité splénique. Elle mesure quatre à six centimètres.

Est-ce une matité pleurétique ? On ausculte ; on entend du souffle bronchique et au centre de cette zone, on constate de la bronchophonie.

Hésite-t-on encore à formuler le diagnostic ? Que faire ? Modifier l'attitude du malade. Tout à l'heure, il était assis sur son lit ou dans le décubitus dorsal ? Qu'il change de position ? La zône de matité disparaît ; plus de renforcement des vibrations thoraciques; plus de souffle bronchique ; il ne s'agit donc pas d'un épanchement pleural qui se déplace. Non : c'est le péricarde distendu qui cesse de comprimer les bronches et le poumon.

Voici donc le diagnostic symptomatologique. Est-il justifiable par des considérations d'ordre anatomique et d'ordre clinique ?

Au point de vue anatomique, et ici l'anatomie est en accord avec les faits pathologiques, une poitrine étroite, l'absence de corpulence, habituelle chez la plupart des jeunes sujets, l'étroitesse transversale ou aplatissement antéro-postérieur du thorax ; bref, une conformation défectueuse de la poitrine favorise la production de ces phénomènes en mettant à l'étroit, les uns par rapport aux autres, les viscères contenus dans la cavité de la poitrine.

De plus, considération d'ordre purement clinique, ces phénomènes ne sont pas le privilège des thorax étroits et des poitrines aplaties. Il est probable, en effet, que s'ils ont échappé aussi longtemps à l'oreille du praticien, c'est que, une faible épaisseur des parois thoraciques est nécessaire pour assurer la transmission des bruits pleuraux ou pulmonaires et permettre la perception par l'oreille des bruits qui sont dûs à la compression.

Conclusion : à côté de *pleurésies et de pneumonie* vraie d'origine inflammatoire, il existe, dans le cours de la péricardite avec épanchement, des *pleurésies et des pneumonies fausses*, de cause mécanique. Pour la précision du pronostic, il y a donc intérêt à différencier les premières avec les secondes.

Leur diagnostic n'est donc point, comme on l'a dit, une question de byzantinisme clinique.

Ch. Eloy.

(1) Pins (de Vienne) (*Wien. med. Wooh.*, 1889, no 6 et 7 et *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1889).

REVUE DE MÉDECINE ETRANGÈRE

Allemagne et Autriche

I. Diagnostic des lésions optiques. — II. Diagnostic de l'artério-sclérose. — III. Artério-sclérose et phlébo-sclérose. — IV. Valeur de la diète lactée dans les affections du cœur.

I. **Diagnostic des lesions des couches optiques.** — Il existe dans la symptomatologie de la paralysie faciale, un symptôme, observé et étudié par Nothnagel dès 1879, mais resté dans l'oubli, malgré l'importance que cet auteur lui avait attachée. Ce signe qui peut faciliter beaucoup la localisation de certaines lésions cérébrales, est constitué par la présence chez un hémiplégique d'une paralysie faciale portant exclusivement, soit sur la motilité volontaire des muscles de la face, soit sur les mouvements associés de la mimique, comme dans le rire, les pleurs, la souffrance, etc.

Cette dissociation des mouvements volontaires et expressifs du visage, avait été étudiée expérimentalement par Bechterew en 1879, et Nothnagel énonçait alors le phénomène de la façon suivante : chez un hémiplégique par lésion cérébrale, on peut affirmer l'intégrité des couches optiques et des fibres qui les unissent à l'écorce, lorsque la paralysie faciale porte sur la motitité volontaire, à l'exclusion des mouvements émotifs.

Or, Nothnagel a observé deux faits qui viennent à l'appui de cette hypothèse, en montrant l'existence d'une paralysie de la mimique avec intégrité des mouvements volontaires. L'autopsie révéla dans les deux cas la présence de lésions dans les couches optiques (gliome, foyer tuberculeux) et a permis à Nothnagel de compléter sa première proposition en ajoutant qu'on peut affirmer l'altération des couches optiques et des fibres qui les unissent à l'écorce, lorsque la paralysie faciale laisse les mouvements volontaires indemnes et ne porte que sur la mimique.

Inutile d'insister sur l'importance de ces faits pour le diagnostic du siège anatomique des lésions cérébrales ; aussi peut-on admettre avec Nothnagel, l'existence des fibres « effectives » qui viennent se réunir aux fibres motrices volontaires, dans le trajet central du nerf facial.

II. **Diagnostic de l'artério-sclérose ou athérome généralisé.** — Ce diagnostic est bien souvent entouré de difficultés. Rien n'est plus facile, il est vrai, quand le malade est amaigri, quand ses artères flexueuses et dures au toucher, sont partout visibles, quand l'examen du cœur vient confirmer ce que la simple inspection a permis de soupçonner. Il n'en est plus de même quand le sujet a conservé de l'embonpoint, quand ses artères sont masquées par le tissu cellulaire sous-cutané, quand enfin, son cœur est peu altéré ou difficile à examiner. Et, cependant, dans bien des cas, il est urgent, en vue du pronostic ou d'une thérapeutique rationnelle, de préciser le diagnostic de l'artério-sclérose au début. Or, l'examen des vaisseaux rétiniens peut fournir de bons éléments de diagnostic.

D'après R. Thoma l'élasticité de leurs parois est diminuée dès les premiers stades de l'artério-sclérose. Cette diminution de l'élasticité se traduit sur la rétine par une exagération des sinuosités artérielles et par des mouvements de locomotion pulsatile surtout accusés au niveau des coudes vasculaires ; le pouls rétinien serait donc en quelque sorte propre à l'artério-sclérose au début, qu'elle s'accompagne ou non de lésion valvulaire. D'autre part, Rachlmann, dans un travail récent sur le

Digitized by Google

même sujet, montre la relation qui existe entre les lésions des artères rétiniennes et celles des vaisseaux intra-crâniens. Déjà, l'embryologie et l'histologie normale permettent de rapprocher du cerveau l'organe de la vision, et sans exagérer cette connexité des deux organes jusqu'à dire que toute affection du cerveau retentit sur la rétine, il en est certainement ainsi dans un grand nombre de maladies de l'encéphale. Cette connexité est rendue plus frappante encore par les rapports vasculaires des deux organes. Rachlmann a examiné la rétine de 90 malades atteints d'artério-sclérose : dans la moitié des cas, il a constaté sur les vaisseaux rétiniens des lésions caractéristiques. Ces lésions portaient tantôt sur les artères, tantôt sur les veines, souvent sur les deux systèmes vasculaires. Elles consistent dans un état sinueux excessif des artérioles rétiniennes.

Souvent, celles-ci sont en même temps amincies, et on les voit quelquefois entourées d'une sorte de bordure trouble, blanchâtre, indiquant un épaississement des tuniques et surtout de la tunique externe (péri-artérite). Enfin leur calibre présente çà et là des points rétrécis dus à une endartérite avec dégénérescence hyaline des parois. Les petits anévrysmes sont rares.

Sur les veines, Rachlmann a observé les mêmes altérations dans la plupart des cas d'artério-sclérose : bordure blanchâtre, points rétrécis et varicosités. — Quant aux phénomènes pulsatiles, déjà signalés par Thoma, Rachlmann les a rencontrés dans un quart environ des cas.

L'examen de la rétine peut donc être d'un grand secours pour le diagnostic de l'artério-sclérose. Toutefois, on devra toujours songer à la possibilité d'une localisation exclusive de l'athérome sur les vaisseaux rétiniens. On sait, en effet, combien il est fréquent de voir cette lésion circonscrite, soit au territoire de la carotide interne, soit à l'aorte thoracique, soit aux coronaires. Les lésions des vaisseaux rétiniens ne peuvent donc être qu'un élément accessoire dans le diagnostic de l'artério-sclérose au début. Il est bon, au moins, d'en tenir compte.

III. **Artério-sclérose et phlébo-sclérose.** — Nous venons de voir que dans l'artério-sclérose rétinienne, les veines prenaient part au processus de dégénérescence, presque au même degré que les artères. Cette phlébo-sclérose est d'observation ancienne. C'est l'état varqueux des anciens et quelques médecins, en France comme à l'étranger avaient mis la phlébo-sclérose en regard de l'artério-sclérose, cherchant à établir les rapports de parenté de ces deux affections vasculaires. Une thèse récente de Sack, très riche en observations, et inspirée par les recherches de Thoma résume l'état de la science sur ce sujet. L'artério-sclérose et la phlébo-sclérose ne seraient en quelque sorte que deux déterminations d'une même maladie générale du système vasculaire. A l'origine, il s'agit d'un trouble nutritif affaiblissant peu à peu la tunique moyenne des artères et des veines jusqu'à donner lieu à une dilatation du calibre de ces vaisseaux. Toutes les conditions sont alors remplies pour favoriser l'épaississement de la tunique interne.

Mais ces altérations subissent l'influence de conditions étiologiques diverses. Ainsi une ondée sanguine plus intense, de brusques élévations de la pression vasculaire par suite d'un travail exagéré du cœur, sont autant de causes d'appel de l'artério-sclérose à forme noueuse (artério-sclérosis nodosa). L'artério-sclérose diffuse et la phlébo-sclérose au contraire se localiseraient de préférence dans les territoires vasculaires exposés à de brusques et passagères oscillations de la pression sanguine pariétale, à l'occasion des attitudes habituelles du malade. De plus, une musculature moins agissante et la gêne circulatoire si fréquente des veines abdominales expliquent les localisations plus circonscrites sur ces mêmes territoires. Aussi la forme « noueuse » de l'artério-sclérose a-t-elle son siège de prédilection à l'aorte, tandis que la forme diffuse et la phlébo-sclérose occupent de préférence les membres, et en premier lieu les membres inférieurs. Sack distingue enfin de la phlébosclérose, l'endophlébite fibreuse qu'il regarde comme une affection locale, consécutive à ces stases veineuses prolongées et excessives.

IV. **Indications et valeur de la diète lactée dans les affections du cœur.** — Hogerstedt a étudié l'action si efficace du lait chez un mitral arrivé à la période d'insuffisance du cœur, et chez lequel ni la digitale, ni la caféine ne produisaient plus aucun résultat. Il a comparé l'action du régime lacté absolu, du régime lacté mixte et du régime intégral, sur la diurèse, l'albuminurie, la fréquence du pouls et l'œdème. La diurèse augmente et reste très élevée si le régime lacté est absolu, elle diminue peu à peu si le régime lacté est mixte et reste peu abondante si le malade mange. En même temps, l'albuminurie disparaît rapidement, la fréquence du pouls descend jusqu'au dessous de la normale, l'œdème disparaît et l'état général s'améliore d'une façon notable, dans le premier cas. Dans le régime mixte au contraire, l'albuminurie augmente d'une façon continue, la fréquence du pouls s'élève, l'œdème s'accroît et l'état général s'aggrave.

Enfin, si le malade continue à manger, on voit l'albuminurie rester stationnaire, le pouls demeure très fréquent, l'œdème et la stase deviennent extrêmes et l'état général est mauvais. Il résulte de ces observations, que, si l'on veut obtenir tous les effets du lait, il est nécessaire de prescrire le régime lacté exclusif, sinon on risque de rendre cette médication non-seulement inutile, mais encore nuisible aux cardiaques asystoliques. La conclusion en est facile à tirer : dans la pratique, on ne devra jamais oublier, en recommandant le lait aux malades, d'éloigner tout autre aliment pendant la durée du traitement. Il serait encore préférable, dans le cas contraire, de s'en tenir au régime alimentaire intégral, et d'agir par tout autre agent thérapeutique.

D. Webber

(1) Thoma (Voir *Grafe Arch. f. Opht.* 1889. — Rachlmann *Zeitsch. f. Klin. Med.* 1889).

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

De l'emploi chirurgical du baume de copahu, par M. le Dr Bizzell. — A l'instar de Hunter qui, en 1735, recommandait ce topique, notre confrère américain emploie le pansement au baume de copahu sur les ulcérations anciennes, atones et pâles, sur les plaies consécutives à l'extraction de séquestres ou bien sur les surfaces osseuses cariées (*Boston med. and surg. journal* 1890. T. II, p. 130).

Le pansement est simple; il consiste à recouvrir la plaie avec des plumasseaux de charpie imbibée de ce topique et à les maintenir par un pansement contentif. S. R.

De la cure radicale de l'hydrocèle par l'incision du sac, par M. le Dr J. A. Southam. — Les trois observations que l'auteur publie sont des succès opératoires. Mais les conditions de ces succès se trouvent, dit-il dans la scrupuleuse exécution

des indications suivantes : (*The Lancet*, 28 oct. 1889).

1° Il faut que l'opéré soit dans l'âge adulte et ne présente aucune tare morbide.

2° On doit pratiquer avec soin l'ablation de la totalité des parois latérales de la tunique vaginale qui se font face et qui seront affrontées.

3° L'hémorrhagie sera complètement arrêtée avant de procéder à l'occlusion de la plaie.

4° Le scrotum doit être maintenu dans une position élevée pendant toute la période de cicatrisation.

M. Southam ajoute, que depuis l'époque où il observe cette pratique, il a obtenu des succès complets et l'absence de toute complication. S. R.

Traitement de l'ongle incarné par la poudre d'indigo, par M. le Dr Mintagnon. — A l'instar de M. Chaussignat (d'Hyères), notre confrère a essayé ce traitement dans un cas d'onyxis avec ulcération et obtenu une guérison rapide. M. Mintagnon, qui adopte la théorie de M. Poncet sur la pathogénie de l'onyxis, due au recouvrement de l'ongle par les parties molles avoisinantes, attribue la guérison aux propriétés astringentes de l'indigo (*Loire médicale*, 15 janvier 1890).

Cette substance sera t indiquée dans l'onyxis latéral et son emploi consiste :

1° A glisser quelques fines lanières d'amadou au dessous de l'ongle ;

2° A saupoudrer la surface ulcérée de l'orteil avec de l'indigo très finement pulvérisé.

La simplicité de ce traitement en recommande l'essai aux praticiens. S. R.

OPHTALMOLOGIE

De l'emploi du naphtol en ophtalmologie, par M. le Dr Dupont. — L'auteur a étudié cette application thérapeutique du naphtol. C'est, en effet, une puissante ressource de l'antisepsie appliquée à l'ophtalmologie (*Revue d'ophtalm.* 30 nov. 1889).

1° Contre l'*ophtalmie blennorrhagique* et contre l'*ophtalmie des nouveau-nés*, on peut associer les cautérisations au nitrate d'argent avec des lotions pratiquées au moyen de la solution suivante :

Naphtol A.....	0. 20 centigr.
Eau distillée et bouillie.....	1000 grammes

2° Contre le *pannus*, on combinera les lotions avec l'usage d'une pommade ainsi formulée :

Naphtol A.....	0, 20 centigr.
Vaseline.....	20 grammes.

Le naphtol A est plus actif que le napthol B, et par conséquent, supérieur à ce dernier que l'on doit employer à doses croissantes. L'application de la pommade doit être pratiquée de façon à produire une sorte de massage de l'œil. S. R.

Du traitement du trachôme, par le Dr Wicherkiewicz. — On commence par anesthésier la muqueuse cornéenne avec la solution de cocaïne ; puis on dissèque les granulations. On enlève avec soin le sang et les autres produits qui se trouvent dans le cul de sac, et quand la surface palpébrale est nette, on introduit sur elle, avec la pulpe du doigt, une pincée de la poudre ainsi formulée : (*Recueil d'ophtalmologie* no 5, 1889).

Acide tannique pulvérisé.....	1 gramme
Acide borique finement pulvérisé.....	3 grammes

Cette poudre a été auparavant soigneusement passée.

Le pansement doit être continué durant une à quatre semaines, et répété une ou deux fois quotidiennement, suivant la gravité du cas. On l'emploie tant qu'il reste des traces de trachôme.

De la valeur thérapeutique des injections hypodermiques de pilocarpine en ophtalmologie, par M. le Dr Stabernini. — Les conclusions de l'auteur sont les suivantes. (*Ann di otalmoogia* 1889, p. 247.)

1° Les injections de pilocarpine rendent des services contre les inflammations oculaires d'origine rhumatismale, en particulier contre l'iritis, l'épicléritе, et la névrite optique.

2° Après l'opération de la cataracte, elles facilitent la résorption des résidus fragmentaires.

3° Elles facilitent aussi la résorption des opacités de l'humeur vitrée, surtout quand ces opacités ont pour cause des infiltrations récentes.

4° Transitoirement, elles améliorent la vision dans la myopie progressive et dans les décollements rétiniens.

5° Enfin, et sans pouvoir expliquer ce résultat autrement que par une amélioration de la circulation intra-oculaire, on constate la diminution d'amblyopies et d'amauroses de cause inconnue. S. R.

REVUE DES LIVRES

Traitement de la névralgie par les eaux et les boues minérales de Dax par M. le Dr A. Larauza.

Quelles sont les névralgies sciatiques justiciables des eaux de Dax? Un enthousiaste répondrait : toutes. M. Larauza est sincère, il déclare, que les eaux minérales sulfatées calciques et les boues végéto-minérales hyperthermales de Dax sont indiquées seulement — « dans les névralgies sciatiques, chroniques, rebelles, entretenues, ou produites par un état diathésique, rhumatismal et goutteux, et contre lesquelles l'action énergique « de l'hydrothérapie a été parfois impuissante. »

Les conclusions sont motivées par quinze observations dans lesquelles notre estimé confrère a obtenu : huit améliorations considérables ; deux améliorations notables, et une seule amélioration légère. On le voit, M. Larauza avoue des échecs et les succès. Cette franchise l'honore et contribuera plus à augmenter la réputation des thermes pour lesquels il exerce que les chiffres de fantaisie, dont on abuse souvent pour exalter le mérite d'une station thermale. Qui veut trop prouver, ne prouva rien : le proverbe le dit. Aussi après avoir lu la brochure de notre estimé confrère ; on conclura volontiers que, M. Larauza n'est pas seulement un observateur judicieux mais qu'il est de plus, un observateur de bonne foi. Ch. Eloy

BULLETIN DE LA SEMAINE

La loi sur l'exercice de la médecine et la spécialisation des diplômes. — Le tarif des honoraires médico-légaux devant les Syndicats et les Sociétés locales. — Une lettre de la Société des médecins de l'Aveyron. — La circulaire du Président de l'Association générale des médecins de France.

Tout ne va pas au mieux pour la réforme de la loi de l'an XI sur l'exercice de la médecine. Plus on discute, moins, paraît-il, l'on s'entend.

Il y a huit jours nous le faisions pressentir à cette place, et nous regrettions les difficultés d'ordre universitaire, social ou parlementaire qui menacent de retarder devant la Chambre des députés, la solution cependant fort urgente de ce problème. Eh bien ! il faut l'avouer, après avoir lu les articles de certains organes de la presse médicale, je reconnais que ces difficultés ne sont pas les seules et la résistance, ne vient pas uniquement de personnes étrangères à la médecine et au corps médical. C'est fâcheux, car ce désaccord, chacun le sait, sera mis à profit par les ennemis de toute réforme

Digitized by Google

On incrimine le changement d'opinion de ces membres du Comité consultatif d'hygiène qui, après avoir été hostiles à la suppression de l'officiat, se prononcent aujourd'hui en faveur de l'unification des titres. On leur objecte que cette suppression livrera les populations rurales aux charlatans, aux rebouteux et aux sorciers. On déclare qu'il y va de la sécurité de ces populations. Sont-ce là des arguments? Non, à coup sûr, car l'expérience quotidienne le prouve, en cette fin de siècle, les charlatans exploitent autant la crédulité du citadin que la naïveté des campagnards. Leurs opérations ne sont-elles pas, en effet, plus fructueuses dans les grandes villes et même dans la capitale, où, cependant, tout le monde l'admet, la pléthore médicale est excessive.

Au lieu de formuler de telles objections, ce serait faire œuvre plus utile, d'appuyer les protestations de ceux qui s'élèvent entre la tolérance du Parquet, qui sollicitent une repression plus efficace de l'exercice illégal et estiment que le Parlement, rendrait service au pays et à l'humanité en l'exigeant des pouvoirs publics.

D'autres s'élèvent, avec M. Magitot, contre la création de la réglementation de la profession et la création d'un diplôme spécial de dentiste. On se demande, en effet, s'il ne serait pas plus rationnel d'imposer à tout dentiste le diplôme de docteur où, si on conserve ce grade, celui d'officier de santé? L'utilité d'un nouveau grade médical est évidemment contestable et on ne s'explique pas pourquoi, après avoir supprimé l'officiat on éprouverait le besoin de le rétablir sous la forme d'un diplôme spécial.

En Autriche, on l'a compris ainsi; tout dentiste possède le titre de docteur. Cela s'explique dans un temps où la stomatologie tend à devenir une branche de la médecine tout comme l'ophtalmologie et l'otologie.

Le devoir de l'Etat est plus simple et plus sage. Dechambre le déclarait déjà en 1831. Rappelons-le après lui. Il consiste à exiger le titre de médecin de tous ceux qui pratiquent la médecine, de ne point s'occuper des dentistes plutôt que des autres et de les ignorer comme il ignore les oculistes et les auristes.

Pour sortir de la situation actuelle, dont personne n'ignore, et dont tout le monde réprouve les scandales, il n'est pas besoin d'un grade nouveau donnant prise aux équivoques et des encouragements à des abus faciles à prévoir; ce qu'il faut demander au législateur: c'est un titre uniforme, un même diplôme pour le praticien, spécialiste ou non, bref: l'égalité devant la loi, pour tous ceux qui exercent une branche quelconque de l'art de guérir.

En ce moment, la discussion est ouverte dans les sociétés locales et les syndicats sur la révision des tarifs des honoraires médico-légaux. Quelques-unes de ces assemblées ont déjà formulé des vœux. D'après les renseignements qui nous sont adressés, on s'accorderait pour réclamer:

1° L'unification du tarif sur toute la surface du pays;

2° La révision de la taxation kilométrique des indemnités de transport;

3° La simplification des formalités à remplir pour le recouvrement des honoraires judiciaires.

La tarification des opérations médico-légales est plus discutée. Voici, à titre de documents, deux décisions que nos correspondants nous communiquent, l'une a été prise par le syndicat de la Loire-Inférieure, l'autre par la Société locale des médecins de l'Aveyron.

L'Association syndicale des médecins de la Loire-Inférieure a résolu, dans sa réponse au Procureur général de réclamer:

1° Des honoraires distincts pour la *visite simple* — (5 francs) — et pour le *rapport* (10 francs).

2° L'établissement de *trois catégories d'autopsie* (à 10 francs) (autopsie de nouveau-né), à 20 francs (autopsie de tout autre individu); et à 50 francs (autopsie après exhumation).

3° Le maintien du système des vacations; chaque vacation ayant une durée de trois heures. Les vacations *de jour* seraient tarifées à 6 francs, et celles *de nuit* à 10 francs.

Voici, maintenant, un extrait d'une lettre datant du 10 février dernier que le Bureau et la Commission de la Société des médecins de l'Aveyron ont adressée au Procureur de la République de Rodez et dont on ne saurait trop approuver les considérants.

« Il est reconnu de tout le monde, et M. le ministre veut bien le reconnaître lui-même, que les tarifs de 1811, en matière médico-légale, ne sont plus en rapport avec notre état économique et social. Cette situation avait fait naître depuis de nombreuses années, entre les parquets et les médecins, une entente tacite d'après laquelle un total de fournitures fantaisistes venait compenser la défectuosité du tarif. Le médecin signait cette note et le procureur l'approuvait, commettant ainsi l'un et l'autre une action qui n'est pas en rapport ni avec la dignité de la justice, ni avec celle du médecin.

« D'autre part, les médecins, d'accord avec les magistrats instructeurs, établissaient leurs mémoires d'après les difficultés de leurs opérations et le temps consacré à les faire; mais ces mémoires ainsi établis, approuvés par les magistrats qui avaient assisté aux opérations, étaient, pour des raisons inconnues, arbitrairement réduits par des magistrats éloignés, qui ne pouvaient nullement se rendre compte des services rendus par le médecin. Des réductions ainsi faites portaient une nouvelle atteinte à la dignité médicale, et nous élevâmes en vain, il y a deux ans, nos protestations sur ce sujet.

« Nous demandons:

« 1° que le médecin, considéré à bon droit comme l'auxiliaire le plus précieux de la Justice, soit traité par elle selon son importance;

« 2° qu'il ne soit pas obligé, pour obtenir une rémunération trop souvent insuffisante, et trop peu en rapport avec les dangers et les ennuis qu'il court, à compromettre sa dignité dans la préparation de mémoires fantaisistes;

« 3° que le délai de prescription qui frappe les mémoires d'honoraires en Justice, au bout de trois mois, soit prolongé d'un an au moins;

« 4° et incidemment, que le médecin soit toujours considéré comme expert et non comme simple témoin, lorsqu'il est appelé devant les tribunaux;

Qu'il soit mieux protégé par la Justice contre l'exercice illégal de sa profession.

« Conséquemment à l'expression de ses désirs, la Société des médecins de l'Aveyron, accepterait un tarif d'honoraires établi sur les bases suivantes:

« 1° Simple visite avec rapport..... 6 fr.

« 2° Visite nécessitant l'application d'un pansement ou l'usage d'instruments de chirurgie avec rapport..... 10 fr.

3° Ouverture de cadavres, que le cadavre soit celui d'un nouveau-né ou celui d'un adulte, considérant que l'examen en est « également difficile et offre les mêmes dangers »; en sus de la visite et du rapport..... 50 fr.

4° Pour les expertises prolongées, que le travail soit évalué par vacations ayant chacune une durée de deux heures et une

Digitized by Google

valeur de 5 francs, et qu'il soit alloué pour chaque journée quatre vacations.

5° Indemnités de déplacement ; évaluées à 1 franc par kilomètre à parcourir et indemnités de séjours à 20 francs par jour.

6° Visites, opérations, et déplacements de nuit évalués au double des prix du jour.

7° Tous les frais de fournitures restent à la charge du médecin. »

La lecture de cette lettre, si précise et si modérée, de nos confrères de l'Aveyron, est de réel intérêt, au moment où le vénéré Président de l'Association générale des médecins de France, M. H. Roger adresse aux Sociétés locales une circulaire que l'on nous communique, et dont le passage suivant ne saurait être trop médité.

« Votre sagesse, écrit M. H. Roger, saura concilier les intérêts de la profession médicale, le souci de sa dignité, de sa réputation justement méritée de dévouement aux intérêts publics, avec les exigences du temps présent et celles de l'administration de la justice. Si le médecin est réduit à solliciter une rémunération légitime et honorable pour les services si nombreux et — il faut le dire — de plus en plus onéreux et difficiles qu'il rend aux Parquets, si le médecin a montré tant de patience dans l'attente d'une législation plus favorable, il sait ce qu'il est de son honneur et de son intérêt bien entendu de proposer, en réponse à la consultation qui lui est adressée. »

Il est impossible de formuler, en termes plus chaleureux, les conditions *de cet accord* qui devrait être *unanime*, et dont l'urgence s'impose, comme nous l'avons déjà écrit à cette place. Cet appel sera écouté, je l'espère : en tout cas, en l'adressant à nos confrères, M. H. Roger vient d'augmenter d'une bonne action le casier judiciaire qu'il possède en sa qualité d'incorrigible récidiviste de la solidarité confraternelle.

CH. ELOY.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 25 février 1890)

Présidence de M. le Dr MOUTARD-MARTIN

M. DOYEN (de Reims) lit une note sur des analyses d'eau.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ lit un rapport sur un travail de M. Nicaise : aération permanente des chambres des malades par la fenêtre entr'ouverte.

M. DANION lit un mémoire sur le traitement des fibrômes utérins par l'électricité. Il signale le danger des hautes intensités, et l'inutilité et même le danger de l'action galvano-caustique.

Elections. — M. LEMOIGNE (de Milan) est nommé correspondant étranger.

R. S.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 février 1890.

PRÉSIDENCE DE M. LE Dr DUMONTPALLIER.

Discussion sur la grippe. — M. FERRAND a remarqué quelques particularités pendant le cours de l'épidémie. Il a déjà insisté sur le caractère nerveux des accidents du début et de la convalescence : accablement général, délire bruyant, aigu ; asthénie pendant et surtout après la grippe, débilité fonctionnelle de tous les organes, anorexie, paresse des fonctions intestinales pendant la convalescence, répugnance à l'effort, au travail. Parmi les complications rares, il a observé un cas de phlébite des membres inférieurs, et une attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé, sans retentissement cardiaque.

M. HAYEM demande si l'épidémie de grippe est terminée. Il a dans son service un malade atteint de fièvre intense avec symptômes nerveux, sur lequel il ne peut porter un diagnostic exact en l'absence de celui de grippe.

M. JUHEL-RÉNOY, chargé d'un service spécial d'isolement pour les grippés, n'en a reçu aucun ; en revanche dans ces quatre derniers jours il a reçu sept pneumonies, qui ne présentent aucun des caractères de la pneumonie grippale.

M. FÉRÉOL. — Il est difficile de dire si les bronchites que l'on observe à l'heure actuelle relèvent de la constitution saisonnière ou de l'influence épidémique.

M. GAUCHER. — A la consultation du Bureau Central, je vois tous les jours beaucoup de grippés. Ils ne sont pas assez malades pour les recevoir à l'hôpital.

M. MERKLEN n'en a pas vu un seul cas nouveau à l'hôpital ; en ville, il s'agit d'une fin d'épidémie.

M. FAISANS a soigné dans une famille un cas de grippe normale, qui a été le point de départ d'une petite contagion locale.

M. CADET DE GASSICOURT vient de voir un cas de grippe caractérisée, sans contagion possible, par des personnes venues de province où l'épidémie n'est pas encore éteinte.

M. FÉRÉOL. — Il a vu guérir deux cas de grippe chez des personnes très-âgées. L'une souffrait déjà d'un catarrhe bronchique. Il a vu un cas de broncho-pneumonie à forme hémoptoïque, qui s'est terminée par la mort rapide. Il a noté la fréquence et la violence des points de côté, qui parfois prenaient les caractères d'une pleurodynie généralisée. Les pleurésie n'ont pas été plus fréquentes ; au contraire, les péricardites lui ont paru augmentées de nombre. Il a vu plusieurs éruptions scarlatiniformes, seul caractère commun de cette affection avec la dengue. La convalescence en général a été longue, et hors de proportion avec la durée de la maladie.

M. LAVERAN a observé de nombreuses pleurésies suppurées au Val-de-Grâce ; plusieurs se sont terminées par la mort. Il a vu un cas de phlébite à terminaison mortelle, le sang contenait des streptocoques, preuve qu'il s'agissait d'une infection.

M. RENAULT a reçu, à l'hôpital d'Aubervilliers, quatre malades envoyés comme ayant la variole et atteints d'érythèmes probablement imputables à la grippe, dont ils avaient éprouvé tous les symptômes : irritation, céphalalgie, coryza, toux. En tout cas, ils n'ont pas eu la variole.

M. PETIT a vu chez un enfant, une éruption scarlatiniforme avec fièvre initiale intense, température de 41°. Le lendemain, cette fièvre était tombée ; la convalescence a été courte, il s'est agi d'un cas de grippe. Il a observé chez une dame, une fausse couche de deux mois, sans pouvoir préciser si cet accident est dû à la grippe ou à tout autre cause.

M. HAYEM fait une communiction sur la contractilité des globules rouges et des pseudo-parasites du sang dans les anémies extrêmes.

H. M.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 février 1890

Présidence de M. le Dr TERRIER

Résection orthopédique de la hanche pour une luxation ancienne. — M. KIRMISSON rend compte d'une observation envoyée par M. Lagrange (de Bordeaux). Une jeune fille de

Digitized by Google

15 ans et demi, eut à l'âge de 10 ans, une scarlatine compliquée d'arthrite coxo-fémorale, et finalement de luxation de la hanche. Pas de signes de tuberculose. Le membre est dans l'adduction avec rotation légère en dedans ; le raccourcissement est de six centimètres ; l'ensellure lombaire prononcée. M. Lagrange opère le 8 octobre 1836, et trouve la tête fémorale à cheval sur le rebord de la cavité cotyloïde, dont le fond est rempli par du tissu fibreux. Après avoir creusé cette cavité et débarrassé la tête d'une partie de son cartilage, il la replace dans sa loge naturelle; pour la fixer, il passe deux broches en acier, qui traversent le sourcil cotyloïdien. La malade recueillit un faible bénéfice de cette opération, l'ankylose ne fut pas obtenue, le raccourcissement persiste ; cependant la marche est facile. Il n'y a pas eu résection proprement dite, mais seulement arthrodèse suivant la méthode d'Albert.

Fibrôme de la paroi abdominale. — M. Le Dentu a observé ce fibrôme sur une de ses malades opérée d'ovariotomie en 1881. Il s'agissait d'un fibrôme du volume d'une grosse noix, adhérent à la peau et dont l'extirpation fut très-facile ; le tissu paraissait composé de fibrôme pur. En l'absence d'un examen microscopique, on ne peut affirmer s'il s'agissait d'une récidive de l'ancienne tumeur.

La curettage de l'utérus. — Depuis l'année 1887, M. Bouilly a pratiqué 81 fois le curettage, sur 45 malades de la ville et 36 de l'hôpital. Toutes ces malades étaient atteintes d'endométrites chroniques simples sans déchirure du col.

Les indications opératoires ont été les métrorrhagies rebelles, les ménorrhagies prolongées, les suintements sanguins intermenstruels, les écoulements muqueux ou muco-purulents, et les douleurs symptomatiques d'un retentissement de l'infection sur les annexes. La douleur hypogastrique existant seule n'a pas été considérée comme nécessitant l'intervention.

M. Bouilly dilate la cavité utérine 48 heures à l'avance, à l'aide de tiges de laminaire et préfère cette dilatation lente à la dilatation extemporanée. L'antisepsie vaginale est faite tous les jours.

L'anesthésie chloroformique est indispensable pour abaisser plus facilement l'utérus et ne pas être gêné par les mouvements des malades. Il emploie la curette de Simon, ou celle de Sims légèrement tranchante. Après l'enlèvement des fongosités, il pratique dans la cavité une application de teinture d'iode, de glycérine créosotée au tiers ou de chlorure de zinc, s'il s'agit d'une endométrite hémorrhagique. Le premier pansement est fait avec des tampons de gaze iodoformée, laissés en place pendant quelques jours, et supprimés quand il n'y a plus d'écoulement. La douleur post-opératoire est nulle, pas d'élévation de température.

Sur 81 opérées, M. Bouilly en a suivi 69 dont 39 ont guéri complètement et 15 ont été améliorées. Il y a eu des insuccès chez les 15 dernières.

Parmi les 39 guérisons, il compte 19 endométrites hémorrhagiques et 20 avec écoulement muco-purulent ; dans tous les cas, les règles sont redevenues normales. Les améliorations ont consisté dans une diminution de l'un des symptômes. Les insuccès, caractérisés par la persistance des métrorrhagies, des écoulements, des douleurs, peuvent être rangés sous plusieurs chefs: mauvaise technique opératoire, intervention limitée à la cavité du col, tandis que celle du corps reste malade, réinfection rapide de la muqueuse utérine par mauvaise hygiène, ou nouvelle cause vulnérante, lésions préexistantes des annexes, suppuration de la trompe, dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire, fibrômes sous-muqueux. Enfin certaines variétés d'endométrite glandulaire du col, avec catarrhe visqueux localisé dans les culs-de-sac des glandes, nécessitent une opération tout autre. M. Bouilly a échoué 4 fois dans ce cas.

En résumé, le curettage de l'utérus constitue une ressource contre les endométrites rebelles, mais doit être proscrit dans les cas de tumeur utérine ou de lésions des annexes (1).

M. Terrillon a employé le curettage de l'utérus depuis l'année 1885. Sa pratique diffère peu de celle de M. Bouilly. Il préfère la dilatation lente, se sert d'une curette spéciale et fait avec le plus grand soin le pansement de la cavité utérine avec la gaze iodoformée, surtout dans le cas de métrite hémorrhagique.

Certaines malades sorties guéries reviennent réinfectées à l'hôpital sans qu'il y ait eu de nouvelle blennorrhagie. M. Terrillon attribue cette infection à l'emploi de canules vaginales contaminées.

M. Kirmisson a rarement curé la matrice, mais il a obtenu de très-bons résultats définitifs par la dilatation extemporanée de la cavité au moyen des bougies de Hégar et le tamponnement par la gaze iodoformée. Il a guéri ainsi des hémorrhagies très-abondantes et se demande si, dans ces cas, la dilatation n'a pas un effet analogue à la dilatation forcée de l'anus, pour la cure des hémorrhoïdes.

M. Segond a pratiqué six fois le curettage pour des métrites compliquées de salpingite double ; l'insuccès a été complet.

M. Terrier a rencontré plus souvent que M. Bouilly les indications du curettage de l'utérus. Pour dilater la cavité utérine il emploie cinq à six jours ; lorsque la dilatation est complète, il y introduit facilement une éponge préparée. M. Terrier fait alors un grattage très complet de la cavité du col et des lèvres.

Les soins consécutifs sont très variables. Le plus souvent il pratique un badigeonnage avec le chlorure de zinc au 1/10, laisse un tube à drainage qui traverse toute la cavité, fait avec la gaze iodoformée le tamponnement de l'utérus et du vagin, et laisse ce pansement en place pendant quatre ou cinq jours et jusqu'à expulsion du tube hors de l'utérus.

Jamais il n'a eu d'accident. Cette opération donne des résultats plus favorables à la ville qu'à l'hôpital où il est fréquent de voir revenir les femmes infectées. Elle échoue, s'il existe une salpingite concomitante. H. M.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 27 janvier 1890.

Présidence de M. le Dr Michel-Dansac.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté. La correspondance manuscrite comprend : une lettre du Dr Rabion remerciant la Société qui l'a nommé membre associé.

Discussions sur l'influenza. — M. Cazenave de la Roche membre correspondant, adresse un travail sur le **rôle de l'influenza dans la tuberculose** et déclare que la grippe frappe de préférence les phtisiques et les cardiaques.

Comment le poison grippal opère-t-il sur cette catégorie de malades ? En un mot comment meurent les phtisiques influenzés ? A Menton, le champ clinique se prête merveilleusement à ce genre de recherches.

Il déclare tout d'abord que la marche de la grippe dans la tuberculose, ne ressemble en rien à celle qu'elle affecte sur les individus exempts d'antécédents pathologiques. Les observations de M. Cazenave de la Roche n'ont porté que sur un nombre relativement restreint de tuberculeux ; quatre à la période initiale, trois à la phase d'humidité, et deux cavitaires. La période d'état, lorsque le syndrôme épidémique

(1) Voir dans le no 6 de la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique* de 1890, l'important travail de M. Picqué sur ce sujet.

Digitized by Google

est caractérisé par de la névralgie frontale, la fièvre courbaturale et le coryza. L'inflammation trachéo-bronchique qui lui fait suite, domine la situation morbide. La stéthoscopie phymatique change brusquement de caractères : aux craquements secs du néoplasme cru, aux râles humides cavernuleux, caverneux, au souffle tubaire, sans parler des autres bruits anormaux phtisiogènes succède la sibilance de l'asthme à l'état aigu. L'facies de l'individu, son attitude, et une dyspnée des plus intenses complètent la similitude pathologique.

Aux crachats nummulaires, opaques, riches en fibres élastiques et en bacilles de la phthisie, succède l'expectoration filante, rubannée, glaireuse et visqueuse de l'asthme. Il n'y a pas jusqu'aux sueurs nocturnes et à l'accès pyrétique vespéral qui ne cède la place aux sueurs profuses et à la fièvre de l'influenza. Si l'oreille s'applique sur les points de la cage thoracique correspondant aux infarctus préexistants, le silence répond seul à ses investigations. Le parenchyme pulmonaire semble frappé de paralysie. Sur un malade il y avait jusqu'à 54 inspirations par minute. Des râles à bulles humides remplacent les râles sibilants etronflants, l'œdème pulmonaire commence : ainsi l'infiltration séreuse et l'asphyxie emportent le malade.

Ce n'est donc pas d'une pneumonie tuberculisante que meurt le tuberculeux, mais de l'asphyxie déterminée par la perturbation de l'innervation pneumo-cardiaque. Cette pathogénie de la grippe trouve sa justification par le chiffre des décès constatés par M. le Dr Bertillon parmis les cardiaques. Du reste l'inefficacité thérapeutique des moyens généralement employés, contre la tuberculose et ses complications tranchement phlegmasique confirme la nature nerveuse de la grippe chez les tuberculeux.

M. Roux fait une communication sur la **fièvre dengue** et **l'épidémie régnante**.

M. Rougon. — Je suis absolument de l'avis de notre confrère. J'ai vu un grand nombre de malades; les douleurs du début de la grippe ressemblent à celles du début de la dengue ; mais elles appartiennent bien à la grippe. Les éruptions ne ressemblent pas à celles de la dengue. La dengue a, comme la grippe, une puissante épidémicité ; en outre, la langueur consécutive est la même.

M. Vaucher. — Je ne parlerai pas de la dengue que je ne connais pas. Mais j'ai observé, au début de janvier dernier, chez un enfant atteint de grippe une éruption scarlatiniforme qui a duré huit heures seulement. Pas de complications, ni de manifestations pulmonaires. Est-ce là de la grippe, ou bien est-ce de la dengue ?

M. Cadet de Gassicourt. — Tous les médecins qui ont vu la dengue, déclarent que l'épidémie récente ne ressemble pas à cette affection. Un médecin de Constantinople trouve même très surprenant qu'on ai pu les confondre tant leurs caractères sont différents. Il insiste surtout sur le cycle très court de la dengue, les hémorrhagies, l'absence de développement de la rate. Or, celui-ci existe presque toujours lorsque la maladie a été un peu intense. On a recherché le microbe de la grippe, mais les résultats jusqu'ici ne sont pas absolument probants. A propos de l'éruption, je n'en ai pas vu de bien caractéristique ; dans un cas, il s'agissait d'un eczéma, dans un autre, d'urticaire.

M. Rougon. — Je partage l'avis de M. Cadet de Gassicourt ; on a prétendu que la grippe était non de la dengue typique, mais de la dengue atténuée. Il n'est pas rare de voir ces formes atténuées dans toutes les épidémies et en particulier dans la fièvre jaune. Mais s'il s'agissait d'une dengue atténuée, on aurait certainement observé au moins quelques cas typiques de dengue.

M. Reliquet. — Je demanderai à M. Roux si la dengue peut réveiller des suppurations éteintes.

M. Roux. — Je n'ai jamais vu la dengue avoir cette influence sur les suppurations.

M. Groussin. — J'ai vu trois ou quatre otites moyennes purulentes, qui s'expliqueraient par l'introduction du microbe par les fosses nasales, ainsi que l'indique un auteur allemand.

M. Vaucher. — Je n'ai pas voulu assimiler la dengue à l'influenza ; mais n'a-t-on pas réuni sous une seule appellation des affections très-différentes.

M. Rougon — Les anciens ont décrit à la grippe un grand nombre de formes : pulmonaires, cardiaques, gastriques, syncopales, etc..; sous quelques formes qu'elle se montre, la grippe diffère toujours de la dengue.

M. Rabion. — J'ai vu un cas de grippe nette ; trois semaines après, fièvre vive, apparition brusque d'une éruption ayant débuté par les mains et ayant envahi tout le corps et suivi de decquamation.

M. Rougon. — Les états constitutionnels peuvent être réveillés par l'affection régnante, le rhumatisme en particulier.

M. Dennos, fait une communication sur la pratique de **l'antisepsie** dans les maladies des **voies urinaires** (Voir p. 122)

M. Reliquet. — Fait une communication ou le même sujet (Sera publiée).

Le secretaire
Dr. E. Potherat.

REVUE DES SOCIÉTÉS MEDICALES

DE PARIS ET DES DÉPARTEMENTS

Angleterre. — **Société royale de médecine et de chirurgie de Londres.** (11 février 1890). — I. *Du traitement du rhumatisme par les composés salicyliques.* — **Académie royale de médecine d'Irlande.** (24 janvier 1890). — II. *Des troubles angineux dans les maladies infectieuses et de leur traitement.* — Autriche. — **Collège des médecins de Vienne.** (10 février 1890) III. *Les symptômes cardio-vasculaires de la chlorose.*

I. **Du traitement du rhumatisme par les composés salicyliques.** — Tout n'a pas été dit sur l'action physiologique et thérapeutique de la salicine et des salicylates. D'ailleurs, au moment, où l'industrie fabrique ces derniers par synthèse et où la droguerie les débite, il est utile de se rendre compte de leur toxicité ou de leur innocuité.

Dans ce but, M. Charteris a expérimenté, sur le lapin, ces produits naturels comparativement avec les mêmes produits obtenus par synthèse. Parmi les premiers, il faisait ingérer à des animaux de cette espèce et du poids moyen de 1.200 grammes, l'acide salicylique à la dose de 0, 50 centigrammes, la salicine à la dose de 1 gramme 50 cent., le salicylate de soude à celle de 1 gramme 60. Aucun phénomène toxique ne se produisait.

Parmi les seconds, il administrait 90 centigrammes de salicylate de soude artificiel ou 0,50 centigrammes d'acide salycilique artificiel : la mort survenait rapidement. Pourquoi ? M. Charteris a analysé ces substances et a constaté leur impureté. Elles empruntaient leur toxicité à un dérivé de l'acide créosotique qui à la dose de cinq centigrammes tue les animaux qui l'ingèrent ou le reçoivent sous la peau, en solution hypodermiques.

La vérification de ce fait est aisée : il suffit pour enlever la toxicité à ces substances de les traiter par la chaux et de décomposer par l'acide chlorhydrique le salicylate de calcium obtenu. Ainsi purifié, l'acide salicylique artificiel n'est plus

Digitized by Google

toxique.

La conclusion pratique est donc de prescrire toujours des composés salicyliques bien purifiés. Cette considération n'est point banale ; c'est le motif pour lequel M. Maclagan a depuis longtemps abandonné l'usage de l'acide salicylique au profit de la salicine. Voici comment il l'administre : c'est le *traitement par doses massives*.

Toutes les heures, pendant six heures, le malade ingère 1 gramme et demi de salicine. Ensuite la même dose de deux en deux heures et on suspend l'usage douze heures au moins et vingt-quatre heures au plus après la cessation des douleurs rhumatismales.

M. Dyce Duckworth ne redoute pas le salicylate de soude, et comme ceux qui adoptent la théorie de Senator, ne confie pas à l'organisme le soin de transformer la salicine en salicylate de soude. Il ordonne donc ce dernier sel à la dose de 1 gramme. Cette dose est répétée toutes les six heures : toutefois le premier jour il est utile d'abréger ce délai et de la faire ingérer toutes les trois heures. — C'est donc un *traitement par doses fractionnées*.

A l'hôpital de Charing-Cross : M. Bruce préfère répéter les doses à des intervalles plus rapprochés. Il prescrit donc toutes les trois heures, une dose de 0,45 centigrammes de salicylate de soude. La dose est-elle insuffisante ? Il l'augmente de moitié et par cette méthode, il évite, dit-il, tous les accidents, c'est une méthode de prudence.

II. **Des troubles angineux dans les maladies infectieuses et de leur traitement.** — On peut, au cours de ces affections, observer des troubles cardio-vasculaires qui ont des analogies avec l'angine de poitrine. M. W. Moore les a notés dans deux cas de diphtérie et dans un cas de septicémie où ils étaient caractérisés par de la cardialgie paroxystique et de l'angoisse.

Quelle en est la pathogénie ? Une paralysie de l'innervation cardiaque ? Peut-être.

Une dégénérescence graisseuse du muscle par myocardite parenchymateuse aiguë ? C'est plus vraisemblable.

Ou bien : une hypertension artérielle subite dans les vaisseaux périphériques ? M. Moore admet cette théorie, qui est conforme aux travaux de nos compatriotes et surtout de M. Huchard, sur l'hypertension vasculaire.

Bref, les analogies de ces phénomènes sont grandes avec les angines de poitrine, telles que les auteurs contemporains les décrivent. Leur traitement n'en diffère pas d'ailleurs.

Quand les symptômes angineux menacent, il faut en effet prescrire les stimulants diffusibles et l'alcool : pratiquer la révulsion cutanée ; administrer des toniques cardiaques, la noix vomique, l'arsenic, la digitale, le strophantus : enfin, au moment des crises, et pour en prévenir le retour, on emploiera les nitrites, l'éther nitreux, le nitrite d'amyle et la nitro-glycérine.

III. **Les symptômes cardio-vasculaires de la chlorose** — Le diagnostic des troubles cardio-vasculaires de la chlorose est plein de difficultés. On le sait, M. Neusser (de Vienne), voudrait cependant le faciliter. en discutant la valeur de deux ordres de symptômes contestés ; les souffles cardio-vasculaire et la dilatation cardiaque.

Quelle valeur faut-il donc attribuer au *bruit du diable* et aux *souffle diastolique accidentel* quand le diagnostic est hésitant ?

Le bruit de diable est rare dans les cardiopathies avec ataxes veineuses. D'autre part : l'hypertension vasculaire dans la petite circulation peut le faire disparaître quand il accompagne des lésions mitrales.

Ces faits d'observation sont, inutile de le dire, de nature à éclairer le diagnostic différentiel.

Comment procéder à cette épreuve clinique dans les affections valvulaires ? En prescrivant au malade de marcher ou de prendre la position assise, le souffle diminue-t-il, ou tout au moins, ne se renforce-t-il point? Nul doute pour M. Neusser; c'est un souffle valvulaire. Augmente-t-il ? C'est un souffle chlorotique.

Comment distinguer les souffles chlorotiques des souffles *de l'endocardite avec anémie* ? Dans l'anémie on peut trouver à la fois, à la pointe ou bien à la base un souffle veineux et un souffle systolique. En quoi diffèrent-ils des souffles de l'endocardite ? Par l'absence du souffle pulmonaire, accompagnant le souffle à la pointe, ou bien par la persistance du souffle à la pointe, quand le souffle pulmonaire disparaît. Dans ce cas ; il s'agit d'une endocardite mitrale. En un mot, c'est l'absence, l'existence ou la persistance du souffle pulmonaire qui décide le diagnostic.

Quant aux souffles diastoliques, qui sont d'origine vasculaire, ils ont leur foyer dans la veine cave, ils accompagnent souvent la *dilatation cardiaque*. De là, dans les chloroses avec dilatation cardiaque présumée, le devoir pour le thérapeutiste de satisfaire aux deux indications suivantes :

1° Maintenir le malade au lit dans le décubitus si on veut obtenir des résultats durables par l'administration des ferrugineux.

2° Essayer de traiter la dilatation cardiaque par la digitale, et peut-être le strophantus, c'est-à-dire s'efforcer de restituer à la fibre myocardique sa tonicité.

M. Neusser aurait pu ajouter : en citant les auteurs français, que dans l'étiologie la chlorose, il faut tenir compte d'un élément de diagnostic trop négligé ; l'état de la tension vasculaire, évidemment modifié par l'augmentation des principes liquides du sang qui non seulement, comme on le dit, diminue son adhérence aux parois, mais atténue sa densité. On y trouverait sans doute la raison de certains bruits de souffle et de leurs variations. C'est la réflexion que suggère la communication du savant autrichien.

K. B.

CORRESPONDANCE DES DEPARTEMENTS

Menton, 23 février 1890.

A propos du traitement de l'angine granuleuse

La Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique, a publié dans son n° 6 un article de M. le Dr Lac sur le traitement de l'angine granuleuse. Mon honorable confrère préconise les frictions énergiques de la muqueuse pharyngienne avec la solution iodo-iodurée dont il donne la formule.

Ces frictions tièdes sont pratiquées à l'aide d'un pinceau fait de poils de porc, monté sur une longue tige de bois blanc, c'est la brosse des peintres. Il y dix-sept ans je conseillais les badigeonages avec la solution iodoiodurée associée à la teinture thébaïque (la cocaïne de l'époque) dans l'angine granuleuse. Si je remémore le fait, ce n'est pas dans un but de revendication de priorité, mais pour signaler des objections à ce mode de traitement.

Dans les angines granuleuses de cause professionnelle (prédicateurs, instituteurs, chanteurs, officiers instructeurs, avocats,) frictionner la muqueuse presque jusqu'à l'ulcération épithéliale, et même jusqu'à la formation de l'escharre, peut être un moyen curatif radical de l'angine granuleuse.

Je le crois sans peine ; mais pratiquer ce mode de traitement dans l'angine granuleuse liée à un état diathésique arthritisme, herpétisme, ou tuberculose, etc. serait, à mon sens, non seulement peu philosophique, mais dangereux. Peu philosophique. Chez les herpétiques et les arthritiques, les frictions iodo-iodurées pourront momentanément faire disparaître les granulations, mais celles-ci repulluleront de plus belle du moment que la cause dé-

Digitized by Google

terminante, la diathèse, n'est pas détruite ; on ne fait que du badigeon.

Dangereux : ruginer la muqueuse pharyngienne ou phtisique, c'est ouvrir une nouvelle porte à l'inoculation bacillaire, par le passage incessant et le contact plus ou moins prolongé des crachats.

En somme, ce ne sont pas les frictions iodo-iodurées, dont je n'ai jamais eu qu'à me louer dans le traitement de l'angine granuleuse, que je combats, mais la technique proposée. Substituer au badigeonnage doux et moelleux du pinceau à aquarelle ou de l'éponge fine, les frottements à outrance, tranchons le mot, le raclage avec la brosse rude des peintres, constitue, à mon sens, une pratique dangereuse ou d'une efficacité douteuse.

Dr Cazenave de la Roche

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

CHIRURGIE

Pratique de l'antisepsie dans les maladies des voies urinaires (1)

par M. le Dr E. Desnos

Ancien interne des hôpitaux

Voici celui que j'emploie, et qui me donne de bons résultats. Une sonde, sortant de chez le fabricant ou ayant servi, est immergée pendant un temps très court, une à deux minutes au plus, dans une solution antiseptique très forte, telle qu'une solution de sublimé à 4 pour 1.000 ; une injection est poussée dans la sonde et un tampon d'ouate, également imbibé de la même solution, sert à faire des frictions répétées sur la surface extérieure de la sonde ; puis celle-ci est portée dans une solution antiseptique faible (acide borique à 5 0/0, au sublimé à 1/2 0/00) où elle peut rester une demi-heure sans se détériorer et où elle se décharge de l'excès de sublimé qui serait offensif pour les voies urinaires. On retire toutes les sondes ainsi traitées, on les laisse sécher un instant, puis on les place dans un tube de verre, de deux à trois centimètres et demi de diamètre, qu'on bouche avec de l'ouate. Ce tube, progressivement échauffé, est porté dans un récipient contenant de l'eau bouillante portée à l'ébullition. Il n'est pas nécessaire de posséder des appareils spéciaux, mais il suffit d'un récipient allongé, un bain-marie profond ; la seule précaution à prendre est d'éviter que le tube ne soit en contact direct avec le métal, dont on l'isole aisément au moyen d'un linge ou d'un tampon d'ouate. Trois quarts d'heure d'ébullition suffisent. On conserve la sonde dans le tube qu'on maintient bouché, bien entendu.

Ce procédé n'est pas compliqué et n'exige pas un temps bien long. Tout médecin, soucieux de la propreté de ses instruments, y trouvera des avantages. Pour le transport de ces tubes en ville, il suffit d'avoir des étuis de fer blanc, de bois ou de carton. Le nombre de tubes varie suivant la pratique de chacun ; d'une manière générale, dix tubes de trois centimètres de diamètre suffiront pour loger l'arsenal des instruments nécessaires pour les besoins ordinaires. Ajoutons que les sondes ainsi traitées sont parfaitement sèches et se conservent plus longtemps.

La précaution de conserver les sondes dans des tubes doit également être recommandée aux malades qui se sondent eux-mêmes. Pour cela M. Tuffier a fait construire des tubes fermés par un bouchon de verre dont l'extrémité porte une pointe destinée à s'engager dans la lumière de la sonde. Le malade peut donc les retirer sans avoir à y porter les doigts.

Quant aux substances lubrifiantes, l'huile phéniquée à 1/20 1/15 tient le premier rang ; cependant j'ai vu, chez certains malades, une urétrite assez intense succéder à l'introduction d'instruments ainsi graissés. On peut employer l'huile naphtolée 6 0/0, la vaseline boriquée 10 0/0, sublimé 1/1000 etc. Quelles que soient ces substances, elles seront toujours préparées de fraîche date, ou, s'il s'agit d'huile, chauffée et portée à 100° tous les 6 ou 8 jours. Les pommades seront recouvertes d'une petite quantité d'une solution de sublimé, renouvelée chaque jour. Le chirurgien appelé à sonder un malade fera bien d'en apporter un flacon ; ce qui joint à ses sondes stérilisées, le rendra certain de faire un cathétérisme aseptique.

Une autre source d'infection réside dans l'emploi de certains instruments injecteurs. Les siphons de dispositions diverses peuvent être facilement maintenus aseptiques. Cependant le récipient reste ordinairement découvert ; les poussières atmosphériques y pénètrent aisément ; un tel appareil est peu portatif et ne convient que dans un cabinet de consultation ou à une consultation externe. De plus un appareil automatique ne permet pas de modifier, d'augmenter, de diminuer la pression d'une manière instantanée comme on doit le faire dans les manœuvres vésicales.

Une poire de caoutchouc peut aussi être facilement rendue aseptique, mais il est difficile de la remplir complètement et on s'expose à injecter quelques bulles d'air dans la vessie.

La seringue ordinaire présente de grands avantages ; elle est facile à remplir, à manier, elle rend un compte exact de la tension intra-vésicale. Mais il est difficile de maintenir aseptique un tel instrument. Le piston doit être constamment enduit ou plutôt imbibé d'une substance grasse qui facilite le glissement. Cette graisse finit par s'altérer, s'étale sur les parois de la seringue : le liquide à injecter est donc placé dans un milieu septique.

Pour obvier à ces inconvénients, on a cherché à maintenir la substance lubrifiante constamment aseptique. Aussi, ai-je prié M. Aubry de modifier légèrement la construction des seringues ordinaires. A l'union du piston et de la tige motrice existe un pas de vis qui permet un démontage facile : à chaque seringue correspondent deux pistons, un qui fonctionne dans le corps de pompe, pendant que le second est immergé dans de l'huile phéniquée à 5 pour 100. Toutes les fois qu'on doit se servir de la seringue, on retire le piston qui est dévissé ; les parties métalliques de la seringue sont alors maintenues dans de l'eau bouillante pendant un certain temps ; puis on prend dans le bain d'huile l'autre piston qui y baigne depuis 24 heures au moins, on le visse, et on l'introduit dans la seringue. Ainsi monté, cet instrument se maintient aseptique pendant un temps suffisamment long.

Pour les instillations, M. Tuffier a fait construire une seringue analogue à celle dont Roux se sert au laboratoire de Pasteur pour les expériences bactériologiques. Le corps de la seringue est tout en verre, la tige du piston métal-

(1) Suite et fin. Voir le nº 8.

Digitized by Google

lique, et le piston lui-même en moelle de sureau ; le tout peut donc être plongé dans l'eau bouillante et être ainsi stérilisé.

Grâce à ces différents procédés, dont la description est un peu longue, mais qui demandent moins de temps que de minutie et d'attention de la part du chirurgien, on peut obtenir une antisepsie très suffisante et éviter de graves accidents aux malades. Il va sans dire que, autant que possible, elles doivent être appliquées toutes les fois qu'on pratique le cathétérisme ; mais il est des cas où on doit observer une rigueur absolue ; telles sont les rétentions, quelles qu'elles soient, les corps étrangers de l'urèthre, toutes opérations importantes ou prolongées, telles que la lithotritie ; enfin et surtout on se rappellera que les prostatiques sont, de tous les urinaires, ceux dont la réceptivité morbide est la plus grande. Des précautions excessives sont donc ici indispensables, et la moindre faute contre l'antisepsie peut avoir de funestes conséquences.

J'insisterai peu sur la nature des liquides antiseptiques destinés aux injections ; j'ai déjà indiqué ceux qui devaient servir à la stérilisation des sondes. Je dirai de suite que de l'eau portée à l'ébullition pendant 3/4 d'heure, et employée dès quelle est refroidie, convient dans la plupart des cas où les voies urinaires ne suppurent pas.

La solution boriquée est celle dont l'usage est le plus répandu, et son fréquent emploi est parfaitement justifié, car elle est absolument inoffensive pour les voies urinaires ; elle peut être portée au titre de 50 pour 1,000 avec addition de 5 grammes de borate de soude. Elle constitue le liquide de choix, pour toutes les opérations un peu compliquées telles que la lithotritie, la taille, les uréthrotomies, etc., et aussi toutes les fois que les voies urinaires sont supposées exemptes d'inflammation.

Mais son pouvoir antiseptique est faible : et lorsque la vessie suppure, et qu'il faut songer à en modifier les parois plus ou moins chargées d'organismes, c'est à un autre agent qu'on aura recours. L'acide phénique ne convient dans aucun cas : au titre de 1 0/0, son pouvoir antiseptique est inférieur à celui de l'acide borique, et il est très irritant pour la vessie. La créoline, plus puissante, paraît-il, que l'acide phénique, est aussi mieux tolérée ; mais le titre de 1/200 m'a paru être un maximum difficile à dépasser. Les résultats qu'elle m'a donnés sont satisfaisants.

Il en est de même du naphtol qui, sans addition d'alcool, n'est guère soluble dans l'eau qu'au titre de 3/1000

On s'adressera plutôt, lorsqu'on voudra déterminer une action modificatrice, et en même temps avoir une bonne antisepsie, au bichlorure ou au biiodure de mercure. Ces médicaments sont toujours très bien tolérés au titre de 1/20.000; mais chez beaucoup de sujets, on peut en porter le titre à 1/15.000 et même 1/10.000 ; les modifications qu'ils apportent à la muqueuse sont assez rapides ; ils trouvent leur indication surtout dans les cas d'infection récente ; mais ils paraissent exercer sur les parois vésicales une action moins puissante que le dernier agent dont il me reste à parler : le nitrate d'argent.

Celui-là reste l'antiseptique et le modificateur par excellence de la muqueuse vésicale. Son emploi est indiqué dans tous les cas de suppuration abondante ou ancienne, toutes les fois qu'il y a lieu d'amener l'élimination d'une partie de la muqueuse altérée ou contenant, selon toute vraisemblance, des organismes septiques.

Il est cependant à cette règle des exceptions : en particulier, le nitrate d'argent est contre-indiqué dans la tuberculose ; à la première période, ce caustique peut amener la chute de l'épithélium qui recouvre les granulations, épithélium qui ne se reproduira pas, et hâter ainsi l'évolution de l'affection. Plus tard, le contact de cet agent sur des surfaces ulcérées, peut produire une vive douleur, et amener une recrudescence des symptômes. Enfin certaines vessies, très-irritables, supportent mal tout agent caustique et l'emploi du nitrate d'argent, dans ce cas est contre indiqué.

Depuis longtemps déjà, on a songé à introduire dans la circulation générale des antiseptiques qui, éliminées par les reins, maintiendraient tout l'arbre urinaire dans un milieu antiseptique ou aseptique. C'est là un moyen d'autant meilleur qu'il est le seul applicable à la partie sus-vésicale des voies urinaires. Malheureusement la tolérance de l'estomac et de l'économie générale pour ces substances, ne permet, le plus souvent, que d'en administrer une quantité très-petite, et insuffisante pour produire dans les urines des modifications réellement salutaires. Les résultats obtenus offrent néanmoins de l'intérêt : c'est ainsi que le sublimé, administré par l'estomac ou sous la peau, est retrouvé dans l'urine dont il retarde la fermentation ; il en est de même de l'iodoforme, des acides borique et salycilique.

Les deux médicaments qui agissent le mieux sur les urines sont le salol et le biborate de soude. A l'aide de ce dernier, on peut rendre les urines aseptiques ; malheureusement la dose nécessaire pour obtenir *à coup sûr* ce résultat, est de 10 à 12 grammes, et elle provoque des vomissements chez beaucoup de malades ; à une dose moindre (4 à 5 grammes) ce médicament est bien toléré et est encore d'une certaine efficacité.

Quant au salol, je l'avais employé il y a un an environ en quantité trop faible pour en obtenir un résultat. Dernièrement une communication importante de mon très regretté collègue et ami Dreyfous, a montré qu'on pouvait en administrer jusqu'à 7 et 8 grammes par jour, dose que j'ai en effet atteinte souvent depuis ce moment. L'efficacité du salol m'a paru réelle et très grande dans certains cas, mais deux mois à peine se sont écoulés depuis que j'ai commencé à expérimenter, et mes observations sont encore trop peu nombreuses pour me permettre de me prononcer sur sa valeur thérapeutique et antiseptique.]

RECUEIL DE FAITS

Bronchite généralisée et congestion œdémateuse des poumons.

(*Guérison par les injections d'éther et de caféine*),

Par M. le Dr SERRAND.

Mme Al., 55 ans, a franchi l'époque de la ménopause, grasse, teint pâle ; dyspeptique ; autrefois une pleurésie à droite ; persistance des frottements de ce côté. Le 12 février 1889, elle est atteinte de bronchite, dont elle

Digitized by Google

guérit. Une rechute se produit dans les premiers jours de mars, et l'état de la malade prend une tournure inquiétante. Mme Al. n'a jamais eu, jusqu'à ce jour, de maladie à retentissement cardiaque.

L'oppression est marquée ; des râles muqueux, plus nombreux et plus étendus à droite, où a débuté l'affection, se font aussi entendre à gauche, depuis la base jusqu'à l'épine de l'omoplate. Submatité des deux bases. Le cœur est un peu hypertrophié, ses battement sont faibles, sourds, les râles qui remplissent la poitrine rendent difficile l'auscultation du cœur. Le pouls est faible, mais régulier, les urines sont rares et ne renferment ni albumine, ni sucre ; le chiffre de l'urée est normal. Rien à signaler du côté des organes abdominaux.

La malade se plaint de malaises. J'assiste à une de ces crises plus violentes que les précédentes. C'est une crise d'asthme cardiaque ; l'oppression est extrême. Les inhalations de nitrite d'amyle, la lobélie à l'intérieur, alternée avec des doses fragmentées d'ipéca, soulagent la malade.

L'urine est de plus en plus rare, à peine 500 grammes en 24 heures. Je constate un léger bruit de galop ; toujours pas d'albumine, j'institue le régime lacté. Les premiers jours, le lait est bien supporté, les urines deviennent plus abondantes, mais, vers le 20 mars, la malade a des vomissements, le lait devient insupportable. Il faut y renoncer. L'oppression augmente : le moindre effort la provoque. Les crises de suffocation se rapprochent, le cœur faiblit, il y a des intermittences, mais il n'y a ni souffles, ni signes physiques de lésions.

Le 25 mars, consultation avec M. le Dr Huchard. Rien au cœur, rien de bien net du côté des artères. Il insiste sur la reprise immédiate du régime lacté et conseille le traitement suivant : prendre pendant cinq jours, 4 fois par jour, un des cachets suivants :

Poudre de Dower	aa 2 gr.
Poudre de scille	
Poudre de noix vomique	0, 20 cent.

Pour 20 cachets.

Après cinq jours, remplacer les cachets par la solution suivante : deux fois par jour, une cuillerée à soupe au moment des repas :

Eau distillée	300 gr.
Iodure de potassium	20 gr.
Sulfate de spartéine	2 gr.

La malade supporte mal son régime et son traitement. Des vomissements se produisent, le cœur faiblit.

Le 31 mars, mêmes symptômes négatifs du côté du cœur. La bronchite a envahi la totalité des deux poumons, l'œdème des deux bases va en augmentant, les crises d'asthme cardiaque sont plus intenses et fréquentes, les intermittences plus nombreuses, le cœur faiblit. Le pronostic porté est beaucoup plus grave ; devant la répugnance de la malade on renonce au lait ; on fait, le soir, une injection de 6 milligrammes de morphine, et le lendemain matin on donne un purgatif avec :

Sirop de fleurs d'oranger	aa 15 gr.
Sirop de jalap composé	

Dans la journée, 3 à 4 cuillerées à soupe de vin diurétique de la Charité, applications de ventouses sèches sur la poitrine, 4 à 6 injections par jour avec la solution suivante :

Benzoate de soude	3 gr.
Caféine	2 gr. 50 c.
Eau distillée	6 gr.

Le 2 avril la malade reçoit quatre injections de caféine. Après l'injection, le pouls est remonté, les battements du cœur sont moins mous, les intermittences moins fréquentes et trois heures environ après l'injection, les symptômes d'affaiblissement cardiaque disparurent. On trouve de l'albumine dans les urines ; il y a un peu d'œdème des membres inférieurs.

Le 8, l'état s'aggrave. La nuit, une crise d'asthme cardiaque prolongée ; je pratique une injection de morphine de 6 milligrammes qui procure un sommeil calme, mais, le matin, la faiblesse augmente, il y a des tendances syncopales ; les injections de caféine remontent un peu la malade. Je la quitte, en recommandant à la garde de pratiquer, en cas d'urgence, une injection d'éther. On me rappelle au moment où je m'éloignais en me disant que la malade était morte. Elle était en syncope : le cœur est perçu à peine ; on entend des battements sourds, obtus, intermittents, pouls radial nul, sueur froide, membres en résolution. Je fais coup sur coup deux injections d'éther sulfurique, la flagellation, des insufflations d'air et d'oxygène, et la respiration artificielle. La malade revient à elle, mais les phénomènes asystoliques persistent. Je pratique quatre injections de caféine. Je continue les insufflations d'oxygène ; le gaz est faiblement inspiré par la malade que l'on doit aider en activant le courant du gaz. Dans l'après-midi, je pratique quatre nouvelles injections de caféine. Le cœur se relève, le pouls devient plus fort et plus régulier.

Pendant les dix jours suivants, l'état de la malade s'améliore ; elle revient au lait et en prend de un litre et demi à deux litres dans les 24 heures. De 500 grammes, chiffre maximum des jours précédents, la quantité d'urine monte graduellement à un litre et demi.

Du 3 au 11, le traitement consiste en teinture de convallaria, de 30 à 40 gouttes par jour ; 4 injections de caféine par jour. Inhalations d'oxygène.

Le 11, il se produit une rechute ; les symptômes sont moins graves que la première fois. Il faut cependant avoir recours aux injections d'éther. Le soir, je donne une injection de morphine. Depuis six jours je les avais suspendues.

Le 13, retour au traitement précédent. L'albumine a disparu. Le 18, nouveaux accidents.

L'asystolie est de nouveau très marquée ; j'assiste à une syncope, injection d'éther suivie d'injections de caféine. Cette fois, l'accès n'a pas de suites. Le lendemain et les jours suivants, l'état s'améliore, l'urine rendue en vingt-quatre heures varie de un litre et demi à deux litres.

L'œdème des bases tend à disparaître, la bronchite diminue, la malade dort plusieurs heures chaque nuit sans morphine. Elle reçoit chaque jour quatre injections de caféine, inhale un demi-ballon d'oxygène et prend 30 gouttes de convallaria.

A partir du 20 avril, je diminue le nombre des injections de caféine et n'en fais plus qu'une par jour. L'état de l'estomac est très satisfaisant ; je donne la digitaline à petites doses.

Le 26, la malade est arrivée à deux milligrammes par jour. Le 28, les digestions sont de nouveau difficiles, je supprime la digitaline et revient à la teinture de convallaria. Le 30, la malade se lève, elle peut marcher un peu dans la chambre, et s'alimente régulièrement ; les urines ne contiennent pas d'albumine. Le pouls n'a plus que de rares intermittences, les battements du cœur, un peu sourds et étouffés, ne présentent rien d'anormal. Toujours de la dyspepsie flatulente et de la constipation. Une grande faiblesse. L'état des bronches s'améliore de jour en jour ; les injections de caféine ont été abandonnées. La malade continue ses inhalations d'oxygène, prend du

Digitized by Google

phosphate de chaux, de la teinture de noix vomique; frictions sèches matin et soir.

Pendant le mois de mai, l'amélioration continue, les poumons sont revenus progressivement à l'état normal, la malade éprouve bien de l'oppression quand elle marche vite, mais les crises de dyspnée n'ont pas reparu. Le 18 juin elle s'installe près de Paris, où elle se fixe définitivement. Aujourd'hui, elle peut être considérée comme guérie, et suit toujours un régime se rapprochant le plus possible du régime lacté. Elle a repris sa vie habituelle, ses occupations actives, je lui fais suivre chaque mois un traitement ioduré à très petites doses pendant 15 jours. Cette année, elle a subi une atteinte bénigne d'influenza : aucune complication cardiaque ne s'est produite.

En somme, cette malade a présenté des phénomènes d'asystolie des plus graves. Les injections d'éther ont facilité le retour des contractions cardiaques. Les injections de caféine ont eu une action incontestable sur la circulation. Je crois que les inhalations d'oxygène ont aussi puissamment aidé à la guérison.

Les troubles cardiaques s'étaient produits en l'absence de toute lésion organique du cœur. Ils avaient débuté brusquement; nous les avons attribués à l'artério-sclérose.

Dr Daniel-Serrand.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

DERMATOLOGIE

I. Quelques topiques contre l'urticaire. — Pour calmer les *démangeaisons*, humecter la peau avec la mixture suivante :

Acide salicylique	2 grammes
Alcool	100 grammes
Glycérine	10 grammes

M. Hardy préfère les onctions avec un liniment ainsi formulé :

Chloroforme	10 grammes
Huile d'amandes douces	30 grammes

Buckley recommande des lotions phéniquées matin et soir :

Acide phénique	8 grammes
Eau distillée	500 grammes

ou bien des lotions alcalines :

Bicarbonate de soude	15 grammes
Glycérine	20 grammes
Eau	500 grammes

Elles seront suivies d'une application de poudre d'amidon sur la peau bien séchée.

Dans les formes chroniques, Kaposi prescrit des grands bains, additionnés de 50 cent grammes de sublimé. Ils ont l'inconvénient parfois de provoquer la salivation, on essayera donc auparavant le bain alcalino-borate de Buckley que l'on pourrait formuler ainsi :

Carbonate de potasse	ãã 75 grammes
Carbonate de soude	
Borate de soude	25 grammes
Amidon	150 grammes

Pour un grand bain.

Et le faire suivre d'une onction avec le glycérolé d'amidon ou la glycérine phéniquée. S. R.

II. Pâte au naphtol contre l'acné. — M. Besnier emploie dans son service les préparations suivantes :

Naphtol camphré	ãã 5 grammes
Résorcine	
Acide salicylique	
Amidon	ãã 25 grammes
Soufre précipité	
Vaseline	
Savon	

Appliquer cette pâte sur les boutons, la laisser en contact pendant 1 heure ou 1 h. 1/2.

Ou bien prescrire la pâte suivante, formulée par Lassar.

Craie blanche préparée	5 grammes
Naphtol camphré	20 grammes
Vaseline jaune	10 grammes
Savon vert	15 grammes
Soufre	50 grammes

Ne laisser qu'un quart d'heure en place.

H. G.

INFORMATIONS

ÉTRANGER

Allemagne. **Congrès de la Société allemande de chirurgie.** Ce congrès se tiendra à Berlin, du 4 au 9 avril prochain. — Parmi les questions à l'ordre du jour; mentionnons les suivantes : *De l'anesthésie par l'éther et le chloroforme*, rapporteur : M. Kappeler; — *Traitement des abcès froids par les injections iodoformées* : rapporteur M. Bruns (de Tubinge).

Belgique. — **Académie de médecine de Belgique.** — *Programme des concours* 1888-1890. — Déterminer par de nouvelles recherches le mode de formation des globules rouges et blancs du sang. — *Prix* : 500 *francs*. — *Clôture du concours* : 15 *décembre* 1890.

1890-1891. — Élucider la nature et l'étiologie du cancérisme : indiquer les mesures prophylactiques de cet état pathologique. — *Prix* : 500 *francs*. — *Clôture du concours* : 1er *février* 1891. — Élucider les causes du développement de l'angine diphtéritique en Belgique et indiquer les mesures prophylactiques propres à l'enrayer. — *Prix* : 500 *francs*. — *Clôture du concours* : 1er *février* 1891.

Prix fondé par un anonyme. — « Élucider par des faits cliniques, et au besoin par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique de l'épilepsie. » — *Prix* : 1,500 *francs*. — *Clôture du concours* : 1er *février* 1891.

Une somme de 25,000 francs pourra être donnée, en outre du prix de 1,500 francs, à l'auteur qui aura réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, telle, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

Prix da Costa Alvarenga. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ou ouvrage inédit (dont le sujet sera au choix de l'auteur). — *Prix* : 750 *francs*. — *Clôture du concours* : 1er *février* 1891.

Les mémoires, lisiblement écrits en latin, en français ou en flamand, doivent être adressés, *francs de port*, au secrétaire de l'Académie, à Bruxelles.

Perse. — **L'influenza à Téhéran.** — L'épidémie a duré dix jours au commencement de janvier dernier et peu de familles ont été à l'abri de ses atteintes. Les formes nerveuses ont été dominantes : céphalalgie, rachialgie lombaire, arthralgie. On constate que le pouls n'augmentait pas de fréquence en proportion de la température, et le Dr M. Basti ajoute que l'œdème était fréquent. Il siégeait suivant les cas, sur la face, les mains ou les jambes et disparaissait après trente six ou quarante huit heures.

Pendant la même période l'influenza a sévi sur les chevaux.

Digitized by Google

Du 1 au 7 janvier on y compta 51 décès, 11 dans la journée du 8.

Dans chaque poste de police ou établit, à partir du 5 janvier un service de secours médicaux et de distribution d'aliments et de vêtements. Chaque poste secourut environ 200 malades par jour.

En ville, la mortalité a été augmentée d'un quart en décembre et de moitié pendant les premières semaines de janvier. Enfin dans les provinces, toutes les localités ont été atteintes et on estime que les neuf dixièmes de la population en ont été victimes.

VARIÉTÉS

Epilogue de l'influenza. — Nous sommes heureux d'insérer la poésie suivante qui est l'œuvre d'un de nos très distingués confrères, du département de l'Aveyron. Ces vers montrent une fois de plus que toutes les muses sont sœurs, et que l'on peut être un fervent disciple d'Hippocrate et savoir néanmoins enfourcher Pégase.

I

Quel est ce vilain mal
A l'univers fatal ?
Chacun tousse et retousse,
Eternue, a la frousse
Je ne vous dis que ça
Cette maudite grippe
Qui fait casser la pipe
Se nomme Influenza.

II

S'il nous vient des bobos
A l'occiput, au dos,
Au front, à la bedaine,
C'est bien cette vilaine
Qui nous revaut tout ça.
Il n'est pas d'infortune
Sur terre et dans la lune
Sans cette Influenza.

III

L'aspirant député
Se voyant blakboulé
N'accuse pas la guigne.
Bravement se résigne
A ses trois pans de ça.
Et ce qui le console
C'est qu'il eût eu la vole
N'était l'Influenza.

IV

Un banquier très peureux
Devant ce mal affreux
Fuit avec tant de presse
Qu'il emporte la caisse
Sans voir de mal à ça.
Et s'il reste en Belgique
C'est, chose très logique,
Crainte d'Influenza.

V

Notre voisin Dupont
Portant la main au front
Remarque qu'il se boise.
Il crie à sa bourgeoise :
Morbleu ! Qu'est-ce que ça ?
— « Chéri, c'est j'imagine,
Lui répond la mâtine,
Un coup d'influenza »

VI

Colette, à l'œil lutin,
Se sent, un beau matin,
La taille toute ronde.
A la maman qui gronde
De la voir comme ça.
Elle dit : « Cette affaire
Pour sûr est un mystère
De mon influenza. »

VII

Vous le voyez bien
Ce mal n'épargne rien.
On ne sait pas de bête
Qui ne lui paie sa dette.
Le pire dans tout ça
C'est que les belles-mères
Sont archiréfractaires
A toute Influenza.

P. L. C.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Nominations dans le corps de santé de la marine réserve). *Au grade de médecin en chef.* MM. les Drs Poitou-Duplessy et Coste, médecins principaux de réserve.

Au grade de médecin principal. MM. les Drs E.-V.-L. Latière, J.-E. Latière, Leroir et Morani, médecins de 1re classe de réserve.

Au grade de médecin de 1re classe. MM. les Drs Thèze, Gallerand, Gougaud, du Mouza, Rédarès, Robrie, Doury et Bouché, médecins de 2e classe de reserve.

ETRANGER

ANGLETERRE — **La statistique médicale de la marine anglaise en** 1888 — La morbidité a été en décroissance Les indisponibles ont été de 41,96 pour 1,000, en diminution de 2,26 pour 1,000 sur les statistiques, de ces dix dernières années et pour effectif de 50,006 hommes et officiers.

Les reformes se sont élevées à 25,28 sur 1,000 en diminution, de 10,7 sur 1,000 et la mortalité s'est abaissée de 3,6 pour 1,000. Parmi les causes de mort on compte 88 cas de traumatismes et 198 maladies aigues ou chroniques.

Voici la morbidité dans les diverses stations : station de l'Amérique Sud-Est, 28,36 pour 1,000 ; station de la Méditerranée 40,04 ; de l'Amérique du Nord 34,2 ; de l'Afrique 37,66 ; de la Côte-Occidentale d'Afrique et du Cap de Bonne-Espérance : 43,43 ; de la Chine 50,44 ; de l'Australie 34,8 ; et des Indes 54,89. La variole a fait 19 victimes, dont 13 en Chine. Enfin, la morbidité syphilitique a été en augmentation de 5,73 pour 1,000.

PORTUGAL : — **L'influenza à Lisbonne.** — Le début de l'épidémie a été brusque dans le milieu de décembre. Le 30 de ce mois, au matin, on comptait 100 malades à l'hôpital St-Joseph, le soir 175 ; le 8 janvier, 2066 y avaient été hospitalisés.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs *Esback* (de Paris) et B. *André* médecin militaire en retraite.

En Italie : M le Dr *Gibello*, professeur de dermatologie à la Faculté de Turin.

En Autriche : M. le Dr *Voigt* ancien professeur d'anatomie à la Faculté de Vienne.

Au Pérou : M. le Dr *Uriba*, recteur honoraire de l'Université de Bogota.

En Angleterre : M. le Dr A *Kan*, chirurgien consultant de Middleson-hospital, auteur d'un travail remarquable sur le Rachitisme publié dans *The medico chirugical transaction.*

M. le Dr *Robert Kane*, professeur honoraire de chimie à l'Université de Dublin et fondeur du *Dublin Journal of. médical Sciences*. M. le Dr *Bloud Wood*, botaniste distingué qui étudie surtout les Mousses et les Carex.

En Suisse M. le Dr *Cloetta*, professeur à l'Université de Zurich.

En Russie : M. le Dr E. *Von Wahl*, professeur d'hygiène à l'Université de Dorpat.

INDEX BIBLIOGAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

Clinique obstétricale et gynécologie

ATKINSON : De l'action ocytonique de la quinina. (*The American Journal of Med. Sciences*. Février 1890 p. 136).

LOLYD : Deux cas d'empoisonnement par les anilides (antifebrine et exalgine) (*The Brit. Med. Journal*. 8 février 1890).

PARKE (R) Remarque sur les médicaments antiseptiques. *The NY. Med. Journal*. 1er février 1890.

Le Directeur-Gérant. Henri HUCHARD.

Paris — Imprimerie Décembre, 326 rue de Vaugirard.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE — N° 10 — 5 MARS 1890

REVUE GENERALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD. — RÉDACTEUR en CHEF : M. Charles ÉLOY

COMITÉ de RÉDACTION : MM. BAR, E. BARÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ.

REVUE GÉNÉRALE

MÉDECINE

Des névrites

Jusque dans ces dernières années, en dehors d'une lésion traumatique ou d'une compression exercée sur leur trajet, on refusait absolument, aux nerfs périphériques, la faculté de s'altérer isolément, sans lésion préalable de leur centre trophique. Cette déclaration était la conséquence de la loi, si connue, d'Augustus Waller qui a montré, dans une expérience fameuse, que la nutrition d'un nerf est sous l'influence de la cellule nerveuse de laquelle il prend naissance. Vient-on à séparer le nerf de son centre trophique (cornes antérieures de la moelle, pour les racines motrices; ganglion de la racine postérieure pour les racines sensitives), le bout périphérique subit la dégénérescence graisseuse, et celle-ci porte à la fois sur la myéline et le cylindre-axe du tube nerveux.

Cependant l'autonomie du système nerveux périphérique, pressentie vaguement par quelques auteurs, a été définitivement établie par Duménil (de Rouen) qui eut le grand honneur de montrer, en 1866 (*Contribution pour servir à l'histoire des paralysies périphériques et spécialement de la névrite*, que les nerfs peuvent s'altérer primitivement, sans modification de leurs centres trophiques.

« Ce que j'ai observé, dit-il me donne la conviction intime que bien des paralysies de cause obscure, ont leur point de départ dans de véritables névrites spontanées.

Si ce sujet a été si longtemps négligé, c'est que la préoccupation de l'existence d'une affection des centres, toutes les fois qu'on observe un trouble de la sensibilité ou de la mortalité a détourné l'attention des maladies du système nerveux périphérique. » Et plus loin, dans les conclusions de ce remarquable travail, il déclare qu'il « existe une classe de paralysies périphériques spontanées, dues à une atrophie des nerfs. Ces paralysies peuvent atteindre avec une égale intensité, le sentiment et le mouvement, soit simultanément, soit successivement, elles sont souvent limitées à une partie des rameaux d'un ou de plusieurs nerfs, et ne reproduisent pas nécessairement la distribution anatomique des troncs. Elles peuvent s'accompagner d'altération de nutrition, non seulement dans les muscles, mais encore dans la peau et les articulations... ; le processus morbide qui les produit est susceptible de suivre une marche ascendante et de s'étendre jusqu'à la moelle épinière, où il laisse des traces matérielles incontestables. »

Cependant, les recherches si remarquables de Duménil, passèrent presque inaperçues, et ce fut seulement quinze ans plus tard, que l'étude des névrites périphériques attira de nouveau l'attention du public médical, grâce aux travaux successifs d'Eichhorst (1877), d'Eisenlohr, (1879), de Joffroy (1879), de Déjérine (1879) et de Leyden (1880). Peu à peu, le champ des névrites périphériques s'élargit considérablement, et la plupart des paralysies ou des troubles du système nerveux, qui surviennent si fréquemment dans les intoxications ou durant le cours, ou

FEUILLETON

La médecine au Japon

Sous ce titre, M. Meyners d'Estrées vient de publier dans la *Revue Scientifique* une intéressante étude d'histoire de la médecine dont nous reproduisons volontiers quelques extraits.

Nous ne savons, écrit-il, rien de précis au sujet de la médecine pratiqué chez les Japonais, avant l'introduction de la méthode chinoise. Il est cependant plus que probable que, dans l'antiquité, ils ont déjà connu les propriétés médicinales de certaines plantes et exercé quelques opérations chirurgicales primitives. Cette sorte d'empirisme existe chez les peuples les plus barbares et les moins civilisés. Les historiens chinois disent qu'en 219 avant notre ère, l'empereur Schi-Houang-Ti envoya un médecin, Zjo-Fouck, avec mille jeunes gens et autant de jeunes filles au Japon, afin d'y chercher l'herbe de l'immortalité. Ceci prouverait assez qu'à cette époque les Japonais possédaient quelques remèdes efficaces. Mais le récit de cette mission impériale n'est probablement qu'un conte, car les meilleurs historiens japonais n'en parlent pas ou le contredisent.

A l'époque où elle fut introduite au Japon, la médecine chinoise avait atteint à peu près le développement qu'elle n'a point dépassé depuis.

Les ouvrages de médecine basés sur la méthode chinoise, publiés au Japon, sont relativement moins nombreux que ceux traitant d'autres sciences de même origine et parus à la même époque. Il faut attribuer ce fait aux prix modiques des ouvrages de la presse chinoise, xylographie importés au Japon et à l'étude de la langue chinoise par tous les Japonais ayant l'intention de faire des études supérieures.

En même temps que les écrits chinois, on importait au Japon un grand nombre de médicaments indiqués dans les ouvrages, ce qui ne tardait pas à constituer un commerce important entre les deux pays. Aujourd'hui, beaucoup de ces médicaments sont récoltés et fabriqués au Japon même.

L'art médical ainsi importé de la Chine resta intact et sans concurrent jusqu'au milieu du XVIe siècle. En 1542, quelques Portugais découvrirent le Japon, que les Européens, depuis Marco Polo ne connaissaient que de nom. Ils furent reçus par les Japonais avec empressement, et ceux-ci eurent alors l'occasion de constater l'habileté des Européens dans l'art de guérir. Un de ces Portugais, Fernan Mendez Pinto, guérit le prince du pays de Boungo, ainsi que son fils, blessé par l'explosion d'une arme à feu.

Depuis cette époque, les Portugais cherchèrent constamment

Digitized by Google

la convalescence des maladies infectieuses, peuvent se rattacher à ce processus morbide.

Sans insister ici sur un historique de la question des névrites périphériques, qui nous entraînerait beaucoup trop loin, nous devons, au point de *vue étiologique*, signaler l'existence des névrites dans les *paralysies alcooliques*, bien étudiées, après Magnus Hüss, par Lancereaux (*Gazet. hebd. méd. et chir.*, 1881), Dreschfeld (*Brain*, 1884), Hadden (*Lancet* 1884), et par Oettinger (*Thèse de Paris*, 1885). On les a encore rencontrées dans la *diphtérie* : Déjerine (*Arch. de physiolog. norm. et path.* 1878), Mendel (*Neurol. Centralbl.* 1885). Oppenhesm et Siemerling (*Arch f. Psych.* 1887), la *variole* : Joffroy (*Arch. de physiolog*, 1879), la *fièvre typhoïde* : Pitres et Vaillard (*Rev. de méd.* 1885), la *tuberculose* : Pitres et Vaillard (*Rev. de méd.* 1886), Lancereaux, E. Barié (*Bullet. Soc. méd. hôpit. Paris* 1887); le *béribéri*: Baelz (*Zeit f. Klin. med.* 1882), Scheube (*Deutsch Arch. f Klin. med.* 1882); la lèpre: Cornil (*Soc. méd. de hôpit. Paris* 1881, Leloir (1881); *l'impaludisme*: Singer (*Prag. med. Wochensch.*, 1887); le *puerpérisme infectieux* ; Mœbius (*Neurolog. Centralblat.* 1887); le *rhumatisme chronique* : Pitres et Vaillard (*Rev. de Méd*, 1887).

Il en est de même dans certaines paralysies d'origine toxique, où l'existence de névrites périphériques a été également démontrée, et rend compte des symptômes paralytiques qu'on y observe, ainsi que des troubles sensitifs qui s'y adjoignent. C'est ainsi que les névrites ont été rencontrées par Da Costa, et par Jaeschke (*Philadelph. med. Times*, 1880). Dans les *paralysies arsenicales*, et dans quelques cas d'intoxication par l'*oxyde de carbone*, Leudet, 1864). Peut-être ce même processus peut-il être encore invoqué dans l'empoisonnement par le *sulfure de carbone* chez les ouvriers qui travaillent le caoutchouc ; mais ici l'anatomie pathologique de cette intoxication est encore trop peu avancée pour qu'on puisse affirmer le fait. Il n'en est pas de même dans l'*intoxication saturnine* : Ici l'existence de la névrite périphérique a été démontrée surabondamment par Lancereaux (*Gaz. méd. Paris*, 1862), de Gombault (*Arch. de physiologie norm. et pathologique*, 1873); de Westphal (*Arch. f. psych. u Nerv.* 1874), de Mayor (*Gaz. méd.*, 1877). Ces paralysies viennent d'être, tout récemment, le sujet d'un remarquable travail de Mme Dejerine-Klumpke (*Th. de Paris*, 1889). Enfin, nous devons relever encore des altérations des nerfs périphériques, dans les paralysies mercurielles : Letulle (*Arch. de physiolog. norm. et path.* 1887).

Mais ce n'est pas tout encore, et cette énumération étiologique, déjà si longue, serait incomplète, si à côté des paralysies toxiques ou d'origine infectieuse, dans lesquelles la névrite est incontestable, nous ne signalions pas certaines altérations cutanées où la névrite joue un rôle important.

En 1873, Duplay et Morat montrèrent que *le mal perforant* provenait d'une névrite des nerfs cutanés correspondants ; de même pour certains *pemphigus*, (Dejérine), ou dans plusieurs dermatoses, telles que le *vitiligo*, quelques *eczémas*, ou certaines gangrènes, Leloir (*Th. Paris*, 1882). On ne doit pas oublier non plus qu'on rencontre constamment des névrites des nerfs cutanés dans le *tabes dorsal*, ainsi que l'ont montré tout d'abord Westphal, plus tard Pitres et Vaillard (*Rev. de méd.* 1886), et Prévost (de Genève) (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 1886). Cette névrite rend compte des cas d'atrophie musculaire qu'on observe chez quelques ataxiques, et qu'on attribuait autrefois, d'une façon exclusive à l'envahissement de quelques cellules des cornes grises antérieures.

Il serait d'un grand intérêt de résumer, après cet exposé étiologique, les *altérations anatomiques* si intéressantes qu'on rencontre dans les névrites périphériques telles qu'elles sont décrites, en particulier, dans l'excellente thèse d'agrégation de Brissaud (Paris, 1886). Mais notre but, dans cette Revue, est de rester exclusivement sur le domaine de la clinique ; nous dirons donc simplement que la névrite périphérique d'origine infectieuse ou toxique, est le plus souvent de nature parenchymateuse, plus rarement de nature interstitielle.

Dans le premier cas, les lésions se résument en segmentation de la myéline, prolifération des noyaux des segments interannulaires, disparition du cylindre-axe, atrophie plus ou moins complète des fibres nerveuses. La myéline se rencontre à différentes périodes de segmenta-

---

à étendre leur influence au Japon, et leur présence dans ce pays eut des résultats très favorables au développement de la civilisation et des sciences. Les jésuites, qui voulaient convertir les Japonais au christianisme, étaient généralement des gens instruits et de beaucoup de talent. Parmi eux, il s'en trouvait de très versés dans l'art médical. Montanus qui a puisé les matériaux pour son ouvrage, en grande partie, dans les lettres des missionnaires catholiques au Japon, montre en maints endroits que les missionnaires portugais devaient leur succès chez les Japonais surtout à leurs connaissances médicales.

Parmi les nombreux moyens dont ils se servaient pour se faire bien venir du peuple comme des grands, et se rendre en quelque sorte indispensables, il cite les soins gratuits donnés aux malades et estropiés et l'établissement d'hôpitaux.

Les marchands portugais, qui arrivaient au Japon en même temps que les prêtres, trouvaient de grands bénéfices à réaliser en important des médicaments européens. Ce court aperçu suffit pour montrer que l'arrivée des Portugais au Japon fut l'époque d'une ère nouvelle de l'art médical dans ce pays, et qu'une nouvelle école s'y fonda en opposition avec l'école première, l'école chinoise.

***

Lorsqu'en 1639 les Portugais furent bannis du Japon, et que le christianisme, qui y avait pris de si fortes racines, fut entièrement extirpé, il ne resta de toutes les nations européennes dans ce pays que les Hollandais, qui, en 1611, avaient fondé un comptoir à Firato et s'étaient installés à Désima en 1614.

Depuis le passage des Portugais, la médecine européenne avait, plus que toute autre science, attiré l'attention au Japon. C'est ce qui explique le nombre considérable de livres hollandais, traitant des sciences médicales, importés et en grande partie traduits en japonais par le collège des interprètes attaché à la factorerie de Desima. Parmi ces ouvrages, ceux de Boerhave, de van Swieten, de Hufeland, de Linnée, de Blancard, etc., occupent la première place, et leur nombre, quoique très grand, le serait encore davantage, si les médecins japonais ne s'étaient pas donné la peine d'étudier la langue hollandaise pour pouvoir lire les originaux.

Parmi les médecins hollandais et autres qui s'établirent à Desima, pendant ces deux siècles, se trouvaient des hommes éminents, entre autres: Engelbert, Kaempfer, Carl-Peter, Thunberg et Philip-Friedrich von Siebold, qui furent estimés à leur juste valeur par les Japonais désireux de cultiver la science européenne.

Aussi la barrière établie par le gouvernement fut-elle graduellement franchie, et, si les Européens ne pouvaient pas encore tous pénétrer facilement dans le pays, le gouvernement de Nagasaki ne fit plus d'obstacle à ce que de jeunes Japonais se rendissent chez eux, afin de profiter de leurs lumières et de leur érudition.

Le dernier des savants que nous venons de citer, P.-F. von Siebold, dont le fils est actuellement encore au Japon, fit incontestablement le plus pour la diffusion des sciences médicales dans ce pays. L'admiration qu'on eut pour lui décida le gou-

tion, depuis la fragmentation en blocs, jusqu'à la formation de fines granulations, qui, après leur disparition, ne laissent du nerf, qu'une gaîne de Schwann vide. Dans d'autres cas, il y a conservation du cylindre-axe, avec état dentelé ou festonné de la myéline sur ses bords (névrite périaxile, de Gombault).

On rencontre beaucoup moins souvent les altérations de la névrite interstitielle : prolifération du tissu conjonctif interfasciculaire, congestion et gonflement du tronc nerveux, (Leyden) ; dilatation des vaisseaux, extravasations sanguines (Rosenheim), amas pigmentaires (Leyden).

Les lésions peuvent être diffuses ou généralisées ; elles peuvent se limiter à un membre, à un segment de membre, à certains groupes musculaires. En général elles intéressent un nombre plus ou moins considérable de troncs nerveux, frappant sans distinction les nerfs sensitifs, moteurs ou mixtes, n'épargnant ni le phrénique, ni les nerfs crâniens ; facial, hypoglosse, vague, oculomoteurs. Mais le point curieux de ces altérations, ainsi que Duménil, de Rouen, l'avait déjà montré, c'est que la névrite est surtout marquée dans les ramuscules nerveux terminaux. Dans les formes motrices, elle siège presque exclusivement dans les rameaux moteurs ; dans les formes mixtes, elle est plus marquée dans les nerfs intramusculaires que dans les nerfs cutanés ; c'est le contraire dans les formes sensitives. En un mot, l'altération des nerfs est d'autant plus prononcée, que l'on examine des rameaux nerveux plus éloignés de la racine du membre. La lésion s'atténue progressivement en remontant de la périphérie au centre, elle est exceptionnelle au niveau des racines médullaires, (excepté cependant certains cas de diphtérie et de paralysie ascendante aiguë), mais quand elle s'y rencontre, elle est toujours moins développée qu'à la périphérie.

La *physiologie pathologique* des névrites, est loin d'être aussi avancée que l'étude des lésions anatomiques : pour le plus grand nombre des cas, nous en sommes encore réduits à de simples conjectures.

Dans les névrites d'origine toxique, on peut invoquer une action directe, pour ainsi dire, du poison sur les éléments nerveux. Quant aux névrites infectieuses, il s'agit probablement de l'action d'un ferment soluble d'origine microbienne, agissant d'une façon *mécanique*, sur les nerfs périphériques, et en modifiant leur structure.

La pathologie expérimentale et surtout l'histoire du *béribéri*, confirment pleinement cette manière de voir. Cette appellation désigne une maladie singulière, observée au Japon et au Brésil, et qui dans son allure clinique, rappelle exactement les caractères de la plupart des paralysies par névrite périphérique, et principalement les paralysies alcooliques. Paralysie des membres inférieurs, surtout des muscles extenseurs, avec propagation aux membres thoraciques, démarche du steppeur, abolition du réflexe rotulien, atrophie musculaire consécutive, diminution de la sensibilité, voilà autant de caractères communs aux deux maladies. Or, il résulte des recherches de Scheube qui a si bien décrit le béribéri (1882) que la maladie est une « névrite multiple subaiguë » engendrée par la présence d'un diplocoque en bâtonnet. L'inoculation de cultures de ces micro-organismes, produit d'ailleurs sur des chiens et des lapins des névrites périphériques.

La pathogénie de chacun des symptômes des névrites périphérique n'est point encore fixée d'une façon définitive, et s'appuie encore en bien des points, sur de simples hypothèses.

Le premier phénomène qu'il s'agit tout d'abord d'élucider est le suivant : Comment est-il possible qu'il se produise une *paralysie* musculaire lorsqu'il y a persistance du cylindre-axe dans les tubes nerveux ? On peut croire en ce cas que la diminution ou l'abolition de la motilité est simplement proportionnelle à la compression du cylindre-axe, par le bourgeonnement des noyaux dans la gaîne de myéline. C'est en somme un phénomène analogue à celui que produit la ligature temporaire d'un nerf, pourvu que cette ligature ne soit pas trop serrée (Brissaud). Enfin le retour de la motilité s'explique par la décroissance des phénomènes irritatifs, c'est-à-dire par la décompression du cylindre-axe.

Quand la paralysie est plus grave et se complique d'a-

---

vernement à lui accorder la faveur d'exercer la médecine à Nagasaki, et à instruire un certain nombre de jeunes gens venant des provinces et qui alla toujours en augmentant.

Ces élèves lui étaient très utiles pour l'aider à former les riches collections des trois règnes de la nature, donnant des connaissances exactes du pays Japonais, et qui se trouvent encore aujourd'hui aux musées royaux de Leyde et de la Haye, en Hollande.

Tous ces élèves se dispersèrent dans les diverses contrées du Japon, pour y exercer la médecine, il y a une quinzaine d'années, on en rencontrait encore dans les grandes villes de l'empire.

Ils étaient les plus estimés, les plus recherchés des médecins japonais, et aussi en même temps les professeurs de la nouvelle génération qui se préparait pour exercer cet art.

Malgré ces progrès, dont l'art médical était redevable à M. von Siebold, le gouvernement japonais a voulu, pendant quelques années, revenir au système conservateur, en reconnaissant seulement l'Ecole de médecine chinoise, comme étant la plus ancienne et la première conque dans le pays. Mais cette faveur accordée publiquement à l'Ecole chinoise, n'empêcha pas les médecins des Daimios (seigneurs) et des Grands de rester les partisans convaincus de l'Ecole hollandaise ou européenne. Même parmi les médecins de Shogoum, il y en avait quelques-uns qui, tout en paraissant suivre l'Ecole chinoise, étaient au fond des praticiens de l'Ecole européenne

Aujourd'hui le gouvernement du Mikado est très favorable à l'Ecole européenne ; depuis une vingtaine d'années, l'Université de Tokio compte une Faculté de médecine à l'européenne, organisée par des professeurs allemands, et, à l'heure où nous écrivons ces lignes, le premier médecin de Sa Majesté se trouve à Berlin, pour se mettre au courant des progrès de l'art médical.

Avant de parler plus longuement de la nouvelle Faculté de Tokio, il est intéressant d'entretenir le lecteur de l'exercice de la médecine en général au Japon et surtout de cet exercice d'après la méthode chinoise. Dr Meynnes d'Estrées

(*à suivre*)

NECROLOGIE

En France : MM. les Drs *Wäckenheim*, de Bruyères-les-Vosges, et *Arnaud* (de Narbonne).

En Suisse : M. le Dr *Schœrer*, professeur de psychiatrie à la Faculté de Berne.

En Italie : M. le Dr *Capecchi* (de Florence), ancien directeur de la colonie maritime de Leghorna et du manicôme de Saint-Boniface et l'un des premiers introducteurs du système du non-restreint, dans l'hospitalisation des aliénés.

Digitized by Google

trophie musculaire, le cylindre-axe est profondément altéré, il y a dégénérescence wallérienne, et avec elle, perte définitive de la contractilité. Or, nous verrons plus loin, que la plupart des paralysies par névrite, sont curables ; comment donc expliquer la rareté de l'atrophie complète, si la dégénération wallérienne est si commune ? Cela tient à ce qu'un certain nombre de tubes nerveux ont échappé au processus dégénératif et suffisent au rétablissement de la motilité.

La pathogénie de l'*atrophie musculaire* s'explique aisément : elle résulte d'un trouble trophique dont le point de départ est la segmentation du cylindre-axe.

Quant aux troubles de la *sensibilité*, si fréquents (fourmillements, picotements, etc.) que nous aurons à décrire, ils sont la conséquence de l'irritation du cylindre-axe des nerfs centripètes.

Telle est, en quelques mots, la simple esquisse pathogénique que l'on puisse entreprendre jusqu'ici ; aller plus loin, serait se lancer dans le champ de l'hypothèse pure.

Avant d'entrer dans le détail de la *description symptomatologique* des névrites périphériques, il est bon, croyons-nous, d'indiquer, au préalable, les caractères généraux, communs aux principales paralysies toxiques par névrite ; ce tableau synthétique nous servira de guide pour la description qui nous reste à faire.

Les paralysies toxiques par névrite périphérique ont chacune leur localisation privilégiée ; dans les cas de moyenne intensité, elles se limitent à quelques groupes de muscles des membres. Elles sont le plus souvent bilatérales, avec prédominance marquée pour l'un des côtés, qui est presque toujours le côté droit ; les jambes sont prises d'abord, sauf dans le saturnisme où les membres supérieurs sont toujours atteints les premiers. Mais le point important est que les paralysies périphériques se localisent, pendant un certain temps, dans les muscles extenseurs. Certains muscles comme le diaphragme, le long supinateur et les muscles de l'œil, sont le plus souvent épargnés. Le début est lent ou progressif, mais la paralysie est manifeste dans un délai d'une douzaine de jours, précédée ou accompagnée par des troubles variables de la sensibilité. A cette période, les réflexes tendineux sont abolis. La paralysie a une durée minimum de 15 à 20 jours ; quand elle la dépasse, on constate une atrophie musculaire très-notable ; par suite il est fréquent de noter alors des attitudes vicieuses, ou un pied-bot paralytique, par l'antagonisme actif des muscles non paralysés ; le plus souvent, ces complications disparaissent au moment où les masses musculaires récupèrent leurs fonctions.

L'étude des réactions électriques des muscles, dans les paralysies par névrite, est des plus intéressantes. En effet, dans la grande majorité des cas, même de moyenne intensité, on note la « réaction de dégénérescence » La paralysie est-elle complète, le nerf a perdu sa contractilité faradique et galvanique, alors que le muscle n'a perdu que sa contractilité faradique et que son excitabilité galvanique est augmentée. Si la paralysie ne s'établit que d'une façon lente, la phase d'hyperexcitabilité galvanique peut manquer. Il arrive souvent aussi que la réaction de dégénérescence n'atteint pas tout son développement ; on constate en pareil cas, pour le nerf, une simple diminution de la contractilité faradique et galvanique, et pour le muscle une diminution correspondante de l'excitabilité faradique ; quant à l'excitabilité galvanique, ses modifications sont les mêmes que celles de la réaction de dégénérescence complète. Il existe enfin des cas, où avec les courants continus de même qu'avec les courants induits, on note que la contractilité électrique est fortement altérée, alors que la contractilité volontaire est intacte (Brissaud).

Le plus souvent, des troubles variés précèdent l'apparition des paralysies. Parfois ce sont simplement des engourdissements, des picotements, des brûlures, parfois c'est une véritable hyperesthésie. A une période plus avancée de la paralysie, l'anesthésie remplace les phénomènes douloureux. Enfin, toutes ces perturbations sensitives persistent encore quelque temps après le rétablissement de la puissance musculaire.

On a noté encore des troubles des fonctions sensitives variables : la perte du sens musculaire, l'amblyopie due à un scotome, le signe de Romberg, etc.

Les névrites périphériques se manifestent encore dans ces cas, par des troubles trophiques curieux : de l'épaississement scléreux de la peau, des éruptions purpuriques ou des herpès en forme de zona des membres, et des modifications dans la structure des ongles. Les extrémités paralysées sont œdémateuses, et violacées. Tel est, en quelques mots, le type général des paralysies par névrites périphériques, quelle que soit la cause de celles-ci.

Si nous entrons maintenant dans le détail symptomatologique de l'affection, nous voyons de suite la nécessité de la diviser, en forme généralisée et en forme localisée. De plus, suivant la prédominance de certains symptômes, il y a lieu d'admettre une variété motrice et une variété sensitive dans laquelle les phénomènes douloureux ou sensitifs dominent dans le tableau clinique et qu'on a désignée sous le nom de *nervo-tabes*, ou encore de *pseudo-tabes*.

Les caractères cliniques de la névrite périphérique dans sa forme *localisée* sont variables, car elle peut se cantonner dans un membre, ou segment de membre, un ou plusieurs troncs nerveux, ou dans un groupe musculaire. Le type le plus complet de cette forme de la maladie est la paralysie saturnine ; elle est trop connue pour que nous nous y arrêtions plus longuement. Signalons encore, comme pouvant entrer dans ce cadre, certaines paralysies des nerfs radial, cubital, sciatique, survenant dans le cours ou la convalescence de la dothiénentérie, du rhumatisme, de la tuberculose, de la syphilis ou de la goutte. (*A suivre*).

Dr Barié.
Médecin des Hôpitaux

LE TRAITEMENT DES MALADIES

(REVUE BI-MENSUELLE DE THÉRAPEUTIQUE)

CHIRURGIE

I. *Du traitement chirurgical des pieds-bots.* — II. *Traitement des rétrécissements vénériens du rectum.* — III. *Du traitement des déviations utérines.*

I. Du traitement chirurgical des pieds-bots. — Cette question, toujours à l'étude, nous semble avoir fait un pas de plus depuis la communication de notre collègue et ami Nélaton à la Société de chirurgie (1). Dans les formes ordinaires du pied-bot congénital varus équin chez les jeunes enfants le redressement manuel maintenu avec des appareils, le massage, les ténotomies suffisent généralement à amener la correction de la difformité. C'est dans les cas invétérés chez les adolescents et les adultes que surgit

(1) Société de chirurgie, 29 janvier 1890 et *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 5 février 1890.

Google

la question d'une intervention chirurgicale sanglante plus profonde. Nous avons déjà, dans notre thèse d'agrégation « sur les diverses variétés de pieds-bots et leur traitement, » marqué autant que possible la part qui revenait aux tarsotomies et en particulier à l'ablation totale de l'astragale qui à ce moment on pouvait être considérée comme l'opération de choix. En fait, cette dernière donne d'excellents résultats et tous ceux que nous avons obtenus ou vu obtenir par elle peuvent-être considérés comme très satisfaisants : cependant il n'en est pas moins vrai que si pour arriver au même but l'on pouvait faire moins et à moins de frais, c'est-à-dire à moins de danger, il n'y aurait pas à hésiter.

Notre collègue Nélaton, en opérant un double pied-bot, très accentué chez une jeune fille de dix ans, remarqua que le varus se reduisait très bien après la résection de la grande apophyse du calcaneum, tandis que l'équinisme résistait à tout par le fait d'une sorte de cale osseuse, constituée par la face externe de l'astragale au niveau et au devant de la facette péronière ; le résection de cette proéminence suffit pour permettre de ramener le pied à angle droit, et au delà. A ce propos, il indique que dans notre thèse d'agrégation, nous avions nettement figuré à propos de l'anatomie pathologique du pied équin, cette espèce d'exostose empêchant l'os de rentrer dans la mortaise tibio-pronière ; mais nous n'en avions pas entrevu le rôle qui paraît essentiel, et tout l'honneur en revient à Nélaton, qui a eu l'occasion d'appliquer sa manière de faire deux fois encore, et avec succès. Il y aura donc lieu dans tous les cas où le traitement orthopédique pur, ne sera pas possible ou suivi d'aucun résultat, de rechercher les obtacles, à la réduction, de faire les résections indiquées, avant d'aller plus loin et d'enlever soit l'astragale en entier, soit un coin du tarse. Il est certain, comme l'a dit le professeur Trélat, qu'enlevant successivement tout ce qui gêne, on eut arriver à redresser absolument le pied, mais il est certain aussi qu'il y aurait grand avantage à obtenir ce résultat le plus economiquement possible pour le squelette.

Entre le redressement manuel instrumental et les opérations sanglantes dont nous venons de parler, se place la méthode dite de Phelps, qui consiste à sectionner à la face interne du pied les tissus mous, peau, tissu cellulaire, aponévrose, tendons, ligaments qui, dans certains cas, s'opposent au redressement du pied. Cette méthode a été défendue par le docteur Kirmisson qui l'a employée dans 7 cas ; chez deux malades âgés de 3 et 4 ans les résultats sont particulièrement intéressants en ce que tous les deux avaient subi antérieurement l'extirpation de l'astragale qui n'avait donné que peu de chose. Dans les 7 cas, il s'agissait du pied varus équin, avec enroulement du bord interne. Chez tous, la guérison a été obtenue et la forme rétablie ainsi que les fonctions. Pour nous, nous serions très portés, surtout chez les enfants au-dessous de 8 à 10 ans, à essayer et à employer cette manière de faire, quitte à ne recourir qu'en cas d'insuccès aux autres opérations préconisées.

Citons, pour en finir avec les pieds-bots un travail de notre collègue Kirmisson (1).

L'auteur passe en revue les différentes théories pathogéniques, l'impotence du long péronier latéral (Duchenne de Boulogne), l'arthrite médiotarsienne (Gosselin), le surmenage ou la fatigue des ligaments qui soutiennent la voûte (Le Fort et Tillaux) théorie qui a été reprise sous une forme un peu différente par Hüeter, Henke, Meyer de Zurich, etc.

D'après Royal Witman, la cause la plus plausible du pied plat, valgus douloureux, serait une disproportion entre le poids que le pied est appelé à supporter et la force des muscles et des ligaments qui maintiennent sa forme. Quoiqu'il en soit, la théorie a eu une grande influence sur le traitement. Au point de vue de la pratique actuelle, le premier à mettre en œuvre, c'est le repos complet au lit. Si la contracture est peu accentuee, il suffira à la dissiper ; malheureusement, si le malade fatigue de nouveau (station debout prolongée en première ligne), elle se reproduira au bout d'un temps plus ou moins long ; il sera bon, pour soutenir le pied, de munir la chaussure d'une semelle triangulaire sur la coupe à gros côté interne. Quand la contraction est plus accentuée et ne cède pas au repos, il faudra chloroformer le patient, réduire la difformité, avec ou sans section de tendons, et la maintenir réduite à l'aide d'un appareil plâtré ; après cela, on électrisera les muscles de la jambe et du pied, on fera des massages, des exercices, et on y ajoutera le port de la semelle déjà indiquée. Quand il y a récidive malgré tout, ou irréductibilité, c'est alors qu'on est autorisé à pratiquer des ostéotomies sur le bord interne du pied ; c'est ce qu'a fait deux fois, et avec succès, notre collègue ; une première fois, il enleva le scaphoïde, une seconde fois, il fit l'opération d'Ogston, qui consiste dans l'enchevillement de l'articulation astragalo-scaphoïdienne, après résection des deux surfaces articulaires, de façon à obtenir une synostose entre les deux surfaces réséquées. Cette dernière opération est délicate et assez difficile, à cause du placement des chevilles en ivoire ou en os de veau parfaitement aseptisées. Nous dirons en terminant que ces interventions ne devront être tentées que lorsque la lésion est très avancée, et non justiciable des méthodes précédemment indiquées.

II. — **Traitement des rétrécissements vénériens du rectum.** — Quand le rétrécissement en est arrivé au point de gêner fortement le cours des matières et de donner lieu à des accidents de rétention stercorale, le chirurgien doit agir. Il n'y a pas lieu de compter en effet sur la médication spécifique iodurée ou hydrargyroiodurée qui réussit si bien contre d'autres accidents syphilitiques. Il est des cas où la dilatation du rétrécissement donne de bons résultats ; mais il s'en faut de beaucoup qu'elle soit suffisante, et c'est alors qu'il ne faut pas hésiter à faire la rectotomie externe linéaire. Dans trois cas où nous avons eu à la pratiquer, nous nous sommes très bien trouvé de l'anse galvanique, passée à l'aide d'une grande aiguille courbe au-dessus du rétrécissement, et sortant en arrière de l'anus, ou bien traversant un trajet fistuleux, quand il en existe ; le thermo-cautère, coupant à petits coups de dehors en dedans, donne aussi d'excellents résultats ; nous conseillerons moins la chaîne de l'écraseur, difficile à tenir bien aseptique et nécessitant des manœuvres plus compliquées. Tout récemment, M. Jacquinot a décrit une modification de la rectotomie linéaire plus appropriée à nos idées actuelles de réunion immédiate, et conçue par M. Péan. Voici en quoi consiste l'opération :

(1) *Revue d'orthopédie*, 1 janvier 1890.

Digitized by Google

La malade purgée la veille est endormie et placée dans la position de la taille, les cuisses fortement relevées, de façon à ce que l'anus fasse une saillie aussi prononcée que possible. Cette région est nettoyée et rasée, avec le plus grand soin ; pour le rectum les produits de sécrétion sont enlevés avec des éponges et par des lavages boriqués. Cela fait, on place un écarteur, qui relève la portion antérieure du rectum qui est confiée à un aide ; un doigt étant introduit dans l'intestin, on fend d'un seul coup sur la ligne médiane et en arrière, le rectum, la peau de la région anococcygienne et les tissus interposés ; au rectum l'incision doit intéresser les tuniques intestinales sous-jacentes au rétrécissement, le rétrécissement et la portion d'intestin sus-jacente dans une hauteur de 2 à 3 centimètres. La longueur de l'incision cutanée devra être sensiblement égale à celle de la plaie de la muqueuse. Cette incision faite, on arrêtera le sang, puis on abaissera la muqueuse du rectum et on la suturera à la peau de façon à doubler de muqueuse les surfaces cruentées ; si, par suite du processus inflammatoire, la muqueuse adhère aux tissus profonds, on pourra la libérer, la disséquer pour la suturer ensuite ; bien entendu, l'opération sera alors plus compliquée et plus longue.

Telle qu'elle est exécutée, elle aurait pour avantage essentiel sur les autres rectotomies, d'adosser la peau et la muqueuse, et de mettre ainsi obstacle à la reconstitution du rétrécissement (*Th. Paris*, 1890, n° 84).

Cette manière de faire nous paraît justifiée; mais il lui manque, au point de vue des suites, la consécration du temps : il faudra voir au bout de quelques années ce que sera devenue cette espèce d'infundibulum créé par la suture de la muqueuse à la peau, et si la récidive arrive moins qu'avec les autres rectotomies, qui, surtout lorsqu'elles sont thermiques, ont l'avantage de modifier plus profondément les parties lésées.

III. **Du traitement des déviations utérines.** — Une thèse vient d'être soutenue par M. Debayle sur l'hystéropexie vaginale (opération de Nicoletis). (*Th. Paris*, n° 68, 1890). Elle prône pour le traitement des rétroflexions et rétroversions mobiles ou mobilisées de l'utérus, une opération qui consiste, après avoir pratiqué l'amputation sus-vaginale du col utérin, dans la suture de la paroi postérieure du vagin contre la surface cruentée, en respectant, bien entendu, l'orifice de la cavité utérine. Le placement des points de suture est très compliqué, ou du moins décrit d'une façon si compliquée qu'il est difficile de s'en rendre compte. Elles doivent être disposées de telle sorte que la partie moyenne de la paroi vaginale postérieure vienne jusqu'à l'orifice et recouvre la lèvre postérieure du moignon tandis que les parties latérales de cette paroi sont remontées de chaque côté, jusqu'à recouvrir complètement la lèvre antérieure du moignon.

Les bords de ces deux parois latérales doivent être mis en contact sur la ligne médiane au-dessus de l'orifice. Cette disposition de la muqueuse sur le moignon a pour résultat une traction exercée sur la lèvre antérieure de ce dernier et consécutivement un mouvement de bascule de l'utérus, dont le fond tend à remonter et à se placer en avant. On peut, avant l'ablation du col, pratiquer la ligature des deux utérines par le cul-de-sac latéral. Bien entendu, l'opération sera faite d'après les règles d'une antisepsie irréprochable. Elle sera précédée presque toujours d'un curage utérin sévère dirigé contre la métrite qui accompagne si souvent les déviations.

L'auteur rapporte onze observations dues les unes à M. Richelot, les autres à Nicoletis, qui a fait la première intervention. Nous aurions mauvaise grâce à ne pas reconnaître les résultats immédiats obtenus, mais il est un point à noter ; c'est que presque tous sont trop récents pour qu'on puisse leur accorder une grande valeur. Il y a deux cas seulement datant de 2 et 1 an et signifiant quelque chose au point de vue des résultats tardifs, sinon définitifs. En parcourant la relation des faits, nous avons été frappé de voir que presque toujours il s'agissait d'utérus volumineux avec col gros ; nous sommes persuadé que la grande partie dans l'amélioration des malades revient à l'amputation, à la suppression du segment utérin inférieur, aux modifications consécutives du parenchyme utérin.

L'opération ne paraît pas facile et exempte de danger; l'on est exposé à ouvrir le cul-de-sac postérieur du péritoine. Cela n'a certainement rien d'inquiétant pour un chirurgien très exercé, et au courant d'une antisepsie minutieuse, mais en sera-t-il de même pour un autre? Dans un fait, Nicoletis observa une hémorrhagie tellement abondante que l'opérée eut une syncope au moment du pansement, le sang ne put être arrêté qu'en comprimant le col contre le pubis. Jusqu'à nouvel ordre, nous persistons donc à penser que le raccourcissement des ligaments ronds précédé ou accompagné, s'il le faut, d'une amputation conoïde ou d'un colpopinéorraphie ou encore d'un élytorraphie, doit être préféré, toutes les fois qu'il s'agit d'une déviation mobile ou facilement réductible. Les faits que nous avons par devant nous, ceux que nous avons observés depuis, avec notre maître, L. Labbé, ne font que nous confirmer dans cette opinion. Tout récemment, nous recevions un mot d'une de nos opérées, il il y a 2 ans, qui se porte à merveille et ne se ressent plus d'aucun ennui; elle n'a subi que le raccourcissement des deux ligaments ronds, pur et simple, et son utérus reste en bonne situation, de même que celui de nos opérées chez qui le résultat désiré a persisté au bout de trois mois.

Dr Schwartz.
Professeur agrégé à la Faculté.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

MÉDECINE

Thyroïdite ourlienne, par M. Matignon. — Cette observation est celle d'un soldat qui, au deuxième jour d'une poussée ourlienne, accusa du gonflement de la base du cou, de la chaleur et de la résistance. Cette tuméfaction s'accompagnait de gêne douloureuse de la déglutition. Pas de palpitations, pas d'exophtalmie, pas d'antécédents de goître (*Gaz. Hebd. des Sciences méd. de Bordeaux*, 23 février 1890).

On pratique des applications de teinture d'iode. A ce moment, le malade accuse une douleur dans le testicule gauche ; l'orchite évolue et la métastase testiculaire s'accompagne de la résolution de la thyroïdite. S. R.

De l'influence de la grippe sur les maladies utérines et la menstruation, par MM. les Drs Gottschalk (de Berlin) et Fraipont (de Liège). A l'instar de Biemer, M. S. Gottschalk a vu des hémorrhagies utérines survenir chez quatre femmes, au premier ou au deuxième jour de l'influenza. Elles

Digitized by Google

étaient accompagnées de douleurs lombaires et sacrées, d'envies fréquentes d'uriner, duraient 5 à 8 jours et cédaient aux irrigations vaginales chaudes et à l'administration de l'hydrastis. L'utérus était tuméfié, ramolli et très sensible. Il s'agissait, d'après l'auteur, d'une métrite infectieuse (*Centralblatt für Gynæk.*, 18 janvier 1890).

M. Fraipont a été moins heureux et n'a observé aucune hémorrhagie utérine, chez des femmes influenzées et atteintes de fibrômes et d'endométrites. Pas de troubles menstruels. (*Annales de la Société médicale de Liège*, janvier 1890).

Une petite fille de quatorze ans a vu ses règles paraître brusquement au second jour de la maladie, mais sans douleurs abdominales. Depuis cette enfant a été réglée une seconde fois. Une femme atteinte de suppression menstruelle depuis un an et demi a été de nouveau réglée dans le cours de la grippe. S. R.

Papillôme et tuberculose du larynx, par le Dr A. Gouguenheim. — Dans cette communication, l'auteur cherche à établir que certains cas de papillômes du larynx doivent être considérés comme de nature tuberculeuse. Il se base pour légitimer son opinion sur une autopsie ancienne où les tumeurs en choux-fleurs coexistaient avec une tuberculose et sur des résultats positifs d'inoculation chez le cobaye, bien qu'au microscope on n'eût pu déceler le bacille de Koch (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, janvier 1890).

Le traitement de cette affection dure longtemps, mais la guérison paraît possible. H. G.

Recherches sur l'intoxication saturnine, par MM. les Drs Prévor et Binet. La technique de ces expériences consistent à produire l'intoxication saturnine par l'injection stomacale de la céruse mélangée aux aliments et aux boissons. Les animaux ainsi traités présentaient de l'amaigrissement, de l'anémie avec altération des globules du sang, de l'albuminurie avec phénomènes nerveux, paralysie, abolition des réflexes, anesthésie. Au point de vue anatomique, on constatait la dégénérescence graisseuse du rein, du foie, du myocarde et des racines des nerfs (*Revue méd. de la Suisse Romande*, 20 nov. 1889).

Le plomb s'accumulait dans les reins, les os, le foie. Par contre il était en moindre quantité dans les muscles, la rate, les centres nerveux, le sang, et les nouveau-nés mis bas pendant l'intoxication saturnine. La salive et l'urine éliminent peu ce métal ; l'élimination par la bile est plus abondante. Au reste cette élimination est fort lente. S. R.

De la fièvre d'origine hépatique, par M. le Dr W. Osler. — Faut-il admettre que la fièvre, que l'on observe dans les obstructions des voies biliaires par des calculs, est causée toujours par la suppuration ? Non, d'après l'auteur, elle peut rester dans l'angio-cholite catarrhale (*John Hophin, Hospital, Rep.* t. II, 1890, p. 3).

Quelle en est l'origine ? M. Osler l'attribuerait volontiers à un ferment, dans le développement duquel on peut faire intervenir des micro-organismes. Or, ces micro-organismes existent ; on les rencontre dans les angio-cholites suppurées.

On le voit, ces données sont nouvelles, mais il leur manque une sanction ; celle du contrôle et celle de l'expérimentation bactériologique. S. R.

REVUE PROFESSIONNELLE

La révision de la législation médicale devant le Comité consultatif d'hygiène publique

Ce n'est pas seulement un projet sur l'exercice de la médecine que le Comité d'hygiène vient d'adresser au ministre compétent, en votant le rapport de M. le Dr Brouardel : c'est bien une révision complète, en 36 articles, de la législation médicale. Après les projets Chevandier et David, après les propositions Lockroy et autres celui-ci embrasse tous les problèmes sur lesquels on discute depuis si longtemps. Pour ce motif, il devra être adopté par trois ministres ; celui de l'Intérieur, celui de la Justice, et celui de l'Instruction publique, avant d'être accepté par le conseil des ministres et déposé sur le bureau de la Chambre. C'est la procédure administrative qui le veut ainsi, et on peut, par là, juger des délais qui s'écouleront avant l'adoption de toute réforme. Voici les principales dispositions au moyen desquelles le Comité d'hygiène espère réaliser cette réforme.

I *Exercice de la médecine*: (Art. 1). — Obligation du diplôme de docteur délivré par une Faculté ou une Ecole de l'Etat.

Art 2. — Pour les médecins étrangers : obligation du même diplôme avec possibilité d'obtenir des dispenses partielles des épreuves.

Art. 4. — Création d'un diplôme de dentiste délivré par un jury special.

Art. 6 et 7. — Exercice par les sages-femmes suivant les dispositions actuellement en vigueur.

II. *Enregistrement des diplomes* : Art. 8. — Il sera obligatoire pour tous et permettra (art. 9) l'établissement des listes médicales.

III. *Suppression de l'officiat* : (Art. 11). — Les officiers de santé reçus avant la promulgation de la loi, conservent leur situation acquise (art 12). — Possibilité, pour eux dans des conditions fixées par un réglement d'administration publique, d'obtenir le grade de docteur.

IV. *Autorisations d'exercer*, art. 12.—Elles seront délivrées pour trois mois, en temps d'épidémie ou à titre de remplaçant d'un Docteur en médecine aux internes des hôpitaux nommés au concours et étudiants dont la scolarité est achevée.

V. *Déclaration des maladies transmissibles*.— Elle sera obligatoire (art 17) dans les 24 heures pour le médecin traitant et la liste de ces maladies sera dressée par le ministre de l'Intérieur après avis de l'Académie et du Comité d'hygiène.

VI. — *Prescription des honoraires* (art. 19). — Elle sera de cinq ans et de plus, on modifiera le paragraphe 3 de l'article 20 du code civil dans les termes suivants 3o : «Les frais quelconques de la dernière maladie soignée par le médecin quelle qu'en ait été l'issue. »

VII. — *Exercice de la pharmacie par les médecins*, (art. 20). — Prohibition absolue, même pour les possesseurs d'un double diplôme, avec faculté pour le docteur et l'officier de santé, exerçant dans une localité distante de 4 kilomètres d'une officine ouverte, de délivrer des médicaments à ses malades en se soumettant aux règlements sur l'exercice de la pharmacie.

VIII. — *Répression de l'exercice illégal* (art. 21 à 25). — L'exercice illégal par usurpation de titre, ou d'attributions et par exercice simultané de la médecine et de la pharmacie, entraîne des pénalités variant de 100 francs et de 1000 à 2000 francs d'amende et en cas, de récidive, à une amende double et à un emprisonnement de 15 jours à un an.

(Art. 30). — Les associations médicales légalement autorisées et intéressées à la poursuite pourront se porter partie civile.

IX. — *Contraventions à la loi* (art. 27 à 29). — Elles ont pour sanction : une amende de 100 à 500 francs contre le médecin qui ne déclarera pas une maladie transmissible et une amende de 25 à 100 francs pour omission d'enregistrement du diplôme.

X. — *Expertises médico-légales* (art. 18). — Elles ne pourront être confiées qu'à des docteurs en médecine, de même que les services hospitaliers.

Cet article ne donne pas la solution de la question des honoraires médico-légaux. Il est donc absolument insuffisant pour régler les rapports des médecins avec la justice, ce qui, cependant, d'un avis unanime, passe pour être d'extrême urgence. S. R.

Digitized by Google

REVUE DES LIVRES

Distribution et isolement des aliénés, par M. le Dr CHARPENTIER (Paris, 1889. G. Masson).

On éprouve toujours quelque embarras à dire de ses amis, et en leur présence, tout le bien que méritent leur travaux. M. Charpentier habite notre maison et collabore activement au *Journal des praticiens*. Nos lecteurs connaissent ses travaux et il y aurait fausse modestie, de notre part, à ne pas rendre compte dans ces colonnes de l'intéressant mémoire de notre distingué confrère.

M. Charpentier y examine les questions suivantes : 1o en quoi consiste l'isolement ; 2o comment doit il être appliqué ; 3o à quels aliénés convient-il de l'appliquer ; 4o quels sont les locaux et les aménagements qu'il réclame ?

L'isolement est une des formes du traitement par le repos. C'est un moyen thérapeutique : ce n'est pas comme on le croit vulgairement, un moyen de contrainte. La courte et substantielle argumentation de l'auteur démontre amplement la fausseté de ce préjugé.

On doit dans son application, observer toutes les règles de l'hygiène : aération, éclairage, espace. En effet, comme M. Charpentier le dit en termes excellents : « Ce qu'est le geste au langage, le langage à l'idée, le mouvement l'est à la pensée ; le tumulte des pensées, des passions, des émotions, la colère, l'emportement, la fureur exigent le dégagement de mouvements tumultueux ; ces mouvements en tant qu'ils ne peuvent être nuisibles ne doivent pas être réprimés ; les manifestations de la colère soulagent l'aliéné ; qui dit mouvement, dit espace permettant à ces mouvements de s'exécuter librement. En parlant de mouvements nuisibles, nous éliminons les malades capables de se nuire à eux-mêmes ; ce sont les seuls auxquels les liens de contention doivent être appliqués ».

L'isolement est aussi un moyen de sécurité. M. Charpentier distingue donc ceux auxquels il convient : simulateurs, maniaques, délirants aigus, impulsifs et hallucinés violents. De plus c'est un moyen applicable aux vicieux et aux persécuteurs.

Enfin, comment le réaliser ? Notre estimé collaborateur et cher ami le montre : car il n'est pas un de ces théoriciens brillants qui émettent des idées plus ou moins louables et omettent d'en donner des solutions réalisables. Médecin d'hôpital et clinicien expérimenté, il apprécie les difficultés de la pratique et, ce qui vaut mieux il enseigne par l'exemple à les éviter ou à les résoudre. Bref, ce mémoire trop court au gré de celui qui le lit, est marqué au meilleur coin de la critique et de la sagesse clinique. Nous en félicitons l'auteur et tous ceux qui le consulteront le féliciteront comme nous. Ch. ELOY

REVUE DES THÈSES

Gommes en nappes sous-cutanées, par M. Dr le CHABASSE (*Thèse de Paris*, 1889).

L'auteur rappelle en quelques mots l'évolution de la gomme sous-cutanée ordinaire : 1e phase, formation ou crudité ; 2e phase, ramollissement de la tumeur ; 3e phase, stade ulcéreux ; 4e phase, réparation.

Il fait ensuite connaître, avec onze observations prises dans le service de M. Fournier, la forme en nappe.

1e période. — Sorte de gâteau sans contour précis, en nappes étalées, en plaques allongées. Les tissus de voisinage sont rouges et la peau adhère.

2e période. — Plusieurs perforations à la fois ; étendue et fusion successive des ulcérations de la peau en une vaste plaie qui a tous les caractères de l'ulcération syphilitique classique. L'intérêt principal de cette maladie ressort de la confusion possible avec quelques autres affections sous-cutanées.

1o A la période de tumeur non ulcérée, on peut la confondre avec l'*érythème induré des scrofuleux* et la *gomme tuberculeuse ramollie*. La première offre la même résistance ; seuls les antécédents et l'examen complet du malade peuvent seuls éclairer le diagnostic. La deuxième, gomme tuberculeuse, se distingue plus aisément, grâce à sa fluctuation franche, et à son siège sur les jambes.

2o A la période d'ulcération, l'*ulcère variqueux*, l'*eczéma variqueux ulcéré* peuvent en imposer pour une gomme en nappe ulcérée. Le premier diagnostic est d'abord facile, d'après les signes physiques ; de plus, l'ulcère variqueux est longtemps stationnaire ; la gomme ulcérée a une évolution rapide, soit qu'elle guérisse, soit qu'elle s'aggrave.

L'existence de varices sur le membre, une trace d'eczéma sur d'autres parties du corps et les antécédents sont à peu près les seuls éléments de diagnostic, pour l'eczéma variqueux ulcéré. Enfin les gommes scrofulo-tuberculeuses ulcérées de la jambe présenteront les mêmes caractères différentiels avec la gomme ulcérée que partout ailleurs ; aspect irrégulier, bords décollés, etc. L'âge du malade, la marche de l'affection et l'influence du traitement serviront aussi de précieux renseignements.

ARNOULD

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(*Séance du 4 mars 1890*)

Présidence de M. le Dr MOUTARD-MARTIN

Action physiologique de l'iodure de potassium. — M. LABORDE s'élève contre la tendance qu'on a à remplacer un médicament par des succédanés, appartenant à la même famille chimique. C'est ainsi qu'on a été amené à remplacer l'iodure de potassium par l'iodure de sodium, dans le traitement de la syphilis ; on sait avec quels résultats. On a substitué le chlorate de soude au chlorate de potasse, surtout à cause de sa plus grande solubilité.

Il y a cependant une grande différence entre les deux sels, au point de vue de l'activité. A dose triple et quadruple, le chlorate de soude ne produit pas les mêmes phénomènes physiologiques que le chlorate de potasse. Il en est de même dans l'emploi thérapeutique. Dans la stomatite ulcéro-membraneuse, le chlorate de potasse est bien plus actif que le chlorate de soude, à condition qu'il soit bien dissous dans l'eau. Il en est de même pour les alcaloïdes végétaux. Le quinine n'a pas du tout la même action que la cinchonine et la cinchonidine.

De même, la différence entre l'iodure de potassium et l'iodure de sodium est très accentuée. Les sels de potassium sont plus actifs que ceux de sodium. L'iodure de potassium, surtout dans la première période, abaisse la pression sanguine. Cette diminution de la pression atteint jusqu'à trois centimètres. Avec l'iodure de sodium, rien de semblable.

L'iodure de potassium, à doses croissantes, outre des phénomènes du côté de la pression sanguine, de la circulation et de la respiration, produit des phénomènes du côté du système nerveux. A dose efficace, il agit sur la moelle et le bulbe. Il produit une contraction généralisée de l'animal en expérience. Si on emploie de l'iodure de sodium, même à dose triple, on n'obtient rien. Si on augmente les doses, l'animal tombe dans le collapsus.

L'iodure de potassium agit-il directement sur le muscle lui-même ? M. Laborde l'ignore. Si on n'imprègne pas directement le muscle avec l'iodure de potassium, on n'obtient pas d'action sur le muscle. M. Laborde partage l'avis de M. G. Sée sur l'impuissance de l'iodure de sodium.

Action anesthésiante du fluorure et du chlorure de méthyle. — M. MOISSAN, avec le chlorure d'éthyle, a obtenu l'anesthésie chez des cobayes. Avec le fluorure d'éthyle, ces animaux sont morts sans avoir présenté d'anesthésie ; si on fait respirer de l'air mélangé avec 14 0/0 de fluorure de méthyle, au bout de seize minutes, on n'obtient pas d'anesthésie. Avec un mélange plus concentré, cette anesthésie est obtenue. Il n'y a pas de période d'excitation. En employant un mélange de fluorure de méthyle 19, oxygène 19, azote 64, on obtient l'anesthésie au bout de 22 minutes. L'action anesthésiante du fluorure de méthyle égale celle du chlorure de méthyle.

Digitized by Google

Diagnostic des abcès du foie. M. Bertrand insiste sur la nécessité d'ausculter la région hépatique chez les malades soupçonnés d'avoir un abcès du foie. On entend un frottement périhépatique que M. Bertrand considère comme caractéristique.

Elections. — MM. Henrot (de Reims) et Villard (de Marseille) sont reconnus correspondants nationaux. Nous félicitons nos distingués confrères de cette nomination. F. R.

Commissions de prix pour 1890.

Prix de l'Académie : MM. Hardy, Vidal, Besnier. — *Prix Alvarenga* : MM. Javal, Laboulbène, Sée (Marc). — *Prix Amussat* : MM. Guérin, Cusco, Richard. — *Prix Barbier* : MM. Empis, Leblanc, Leroy de Méricourt. — *Prix Bulgnet* : Gautier, Gariel, d'Arsonval. — *Prix Capuron* : MM. Tarnier, Fournier, Budin.

Prix Civrieux : MM. Villemin, Jaccoud, Peter. — *Prix Daudet* : MM. Sée (Germain), Bouchard, Guéniot. — *Prix Desportes* : MM. Moutard-Martin, C. Paul, Dujardin-Beaumetz. — *Prix Falret* : MM. Charcot, Ball, Blanche. — *Prix Godard* : MM. Ranvier, Olivier, Lancereaux. — *Prix Herpin* : MM. Larrey, Verneuil, Trélat.

Prix Laborie : MM. Le Fort (Léon), Labbé, Lannelongue. — *Prix Laval* : MM. Brouardel, Regnauld, Tillaux. — *Prix Lefevre* : MM. Luys, Potain, Mesnet. — *Prix Meynot* : MM. Panas, Richet, Le Dentu. — *Prix Monbinne* : MM. Nocard, Polaillon, Worms. — *Prix Orfila* : MM. Colin (Léon), Proust, Cornil. — *Prix Perron* : MM. Féréol, Duval, Hérard.

Prix Portal : MM. Duplay, Guyon, Bucquoy. — *Prix Pourat* : MM. Marey, Laborde, Hayem. — *Prix Saint-Paul* : MM. Sappey, Bourdon, Magitot. — *Prix Stanislas* : MM. Trasbot, Siredey, Robin. — *Prix Vernois* : MM. Goubaux, François, Franck, Lagneau.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX

Séance du 28 février 1890.

PRÉSIDENCE DE M. LE Dr DUMONTPALLIER.

Des idées de persécution dans le goître exophthalmique. M. Ballet. — La plupart des observateurs relatent des faits de manie aiguë dans le cours du goître exophthalmique. S'agit-il de désordres relevant de la maladie de Basedow, ou de manifestations associées à cette dernière affection? Dans le but de résoudre ce problème, M. Ballet analyse longuement l'histoire d'un malade chez lequel on retrouve associée l'hystérie, le goître exophthalmique et le délire des persécutions. Cet individu présente, réunis au grand complet, les symptômes de la maladie de Basedow : tachycardie, tuméfaction du corps thyroïde, saillie des globes oculaires, tremblements musculaires. De plus, il offre aujourd'hui, comme en 1888, les symptômes de l'hystérie la plus nette ; anesthésies et analgésies généralisées, perte du sens musculaire, rétrécissement des deux champs visuels, amblyopie bilatérale et diminution des sensibilités spéciales à gauche.

On a donc affaire chez ce malade à une association des symptômes de l'hystérie et de ceux du goître exophthalmique. De plus, il présente une forme particulière du délire des persécutions dont nous allons préciser les caractères. A... est constamment inquiet, très méfiant, convaincu qu'on lui en veut, se complaît dans l'isolement de ses semblables, croit toujours dans une réunion que l'on parle de lui, se défie, à l'hôpital, de contre sa personne ; si voyage fréquemment d'une ville à une ses compagnons de salle, s'imagine qu'ils dressent des complots autre pour éviter ses persécuteurs. A... n'est pas un mélancolique, il ne se préoccupe ni de sa santé ni de sa fortune, n'est ni triste, ni déprimé. Il songe seulement à ses persécuteurs ; ceux-ci, au nombre de trois, sauf son père qui habite Béziers, M. Ribove qui l'a soigné à l'hôpital Andral, et M. Ballet lui-même. Il s'est porté autrefois à des voies de fait sur son père ; pour échapper, dit-il, à ses persécutions, il paraît avoir essayé de se suicider ; ses tentatives n'auraient pas réussi parce qu'on lui a porté aide assez tôt. Ces détails permettent d'affirmer l'idée de persécution chez ce malade. Mais quelles sont la genèse et la filiation de ces conceptions délirantes? Les hallucinations y ont joué un rôle prépondérant. Il voit ses persécuteurs en imagination, les entend comploter contre lui, il en est convaincu que ces rêveries ont une consistance réelle, qu'elles ne sont plus les effets de son imagination, puisqu'il connaît les êtres qui le persécutent, qu'il les voit et les entend. Ce malade est-il atteint du délire vrai des persécutions? Sa folie est-elle associée à l'hystérie, au goître exophthalmique? Ou relève-t-elle de ces deux affections? M. Ballet élimine le délire chronique ; les hallucinations visuelles permettent de le rejeter, car les persécutés ont seulement des hallucinations auditives. Les hallucinations de ce malade doivent être mises sur le compte de l'hystérie, dans laquelle les hallucinations de la vue sont fréquentes : la zoopsie, vue d'animaux féroces, souvent colorés se rencontrait chez ce malade.

De plus, les exophthalmiques sont fantasques, difficiles à vivre, il n'est donc pas surprenant que A... ait comme ses congénères, des idées délirantes, spécialement portées vers les persécutions. En résumé, ce malade ne présente pas le délire pur des persécutions : pour aboutir à la constitution de ces idées, il a fallu chez cet homme l'association de l'hystérie et du goître exophthalmique. D'une manière plus générale, on peut dire que les cas de folie exophthalmique sont des cas de folie associée.

Indurations des veines. — M. Duponchel présente un malade atteint d'induration chronique des veines superficielles des membres sans phlébite. Les veines céphaliques et saphènes sont transformées en cordons durs, roulant sous le doigt, mais encore perméables ; elles sont semblables à des artères athéromateuses.

Quelques formes de délire partiel, dans la période d'état de la fièvre typhoïde. — M. Barie a appuyé ce travail de sept observations personnelles, et le résume dans les conclusions suivantes :

Le plus souvent le délire aigu, symptomatique de la fièvre typhoïde, qui éclate au début même, ou pendant le cours de la maladie, est un délire généralisé, vague, incohérent. Mais à côté de ce type classique, on peut observer des accidents cérébraux étroitement systématisés, sous forme d'un véritable délire partiel.

Le délire partiel fébrile apparaît surtout durant la période d'état, plus rarement au début même de la dothiénentérie. Il s'est présenté sous deux formes cliniques différentes : le délire de persécution et la folie religieuse. Les femmes y sont plus prédisposées que les hommes.

Quelle que soit la forme clinique observée, le délire est lié à l'état fébrile, il naît et disparaît avec lui. Cependant il n'existe aucune corrélation entre l'intensité des troubles cérébraux, et le maximum d'élévation de la courbe thermométrique.

Le délire de persécution fébrile, symptomatique de la fièvre typhoïde, ne s'éloigne pas sensiblement, au point de vue clinique, du tableau dressé par Lasègue, du délire des persécutions apyrétique, chronique d'emblée.

Le pronostic seul diffère totalement dans les deux cas : presque toujours fatal, dans le délire chronique, il est au contraire favorable dans le délire aigu. Sur sept cas observés, il y a eu sept guérisons.

Lorsque le délire de persécution éclate pendant la période d'état de la fièvre typhoïde, le diagnostic ne présente aucune difficulté. Lorsqu'au contraire, il se montre au début avant l'apparition des symptômes propres à la dothiénentérie, les difficultés du diagnostic sont considérables et l'affection peut être confondue avec la méningite aiguë, la méningite tuberculeuse, ou le délire aigu essentiel des aliénistes.

La folie religieuse, plus rare que le délire de persécution, a une terminaison moins favorable : sur deux cas, un seul a guéri

Digitized by Google

complètement, l'autre s'est terminé par la démence chronique.

L'opium à hautes doses est le traitement par excellence de ces délires partiels. H. M.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 février 1890.

Présidence de M. le Dr Terrier.

Discussion sur le traitement de l'endométrite par le curettage. — M. Trélat a établi les premières doctrines du traitement de l'endométrite par le curettage. Son expérience lui permet de dire tout le bien qu'il en pense.

M. Bouilly a écarté, comme ne devant pas être soumises au curettage, toutes les métrites où il existe une grande déchirure du col ; elles sont justiciables en première ligne de l'opération d'Emmet. Cette indication, très précise en théorie, devient très vague en pratique, car il est difficile de s'entendre sur ce que l'on appelle une déchirure grande ou petite. Mais la déchirure fût-elle très grande, M. Trélat estime que l'on doit commencer par le traitement de l'endométrite ; a vu guérir ces métrites par une bonne thérapeutique sans l'opération d'Emmet.

M. Trélat expose en quelques mots les indications du curettage dans l'endométrite : *sang, glaires, douleurs.* Il faut savoir distinguer les douleurs irradiées des douleurs locales; celles-ci, de première importance comme causes indicatrices, siègent soit au niveau, soit sur les parties latérales de l'utérus et sont symptomatiques d'une lésion de cet organe. Il résume ensuite en ces termes le manuel opératoire : « *Antisepsie constante, dilatation nécessaire, chloroforme, dans l'utérus rien que le curettage.* »

Il a toujours défendu l'anesthésie générale, indispensable pour une manœuvre aussi délicate, et la dilatation lente, progressive dont MM. Bouilly et Terrier sont les partisans convaincus. L'introduction pendant deux jours des tiges de laminaire suffit en général pour amener la dilatation, mais quand elle n'est pas assez complète, au moment de l'opération il emploie les bougies de Hégar. Cependant, lorsque l'utérus est tordu sur lui-même, déplacé ou cloisonné par des adhérences, plusieurs jours sont nécessaires pour obtenir la dilatation par l'introduction de tiges de laminaire et des mandrins de Hégar.

La curette de Simon ou celle de Sims est un excellent instrument pour pratiquer le curettage. Au niveau du col, M. Trélat emploie une petite curette dont le tranchant est perpendiculaire au manche.

Il fait ensuite le nettoyage de la cavité avec un écouvillon trempé dans la glycérine créosotée pour enlever les débris de muqueuse. Les lavages antiseptiques avec la canule de verre à un seul tron, après introduction préalable du dilatateur de Busch lui semblent même préférable à l'écouvillonnage. Il a renoncé au tamponnement de l'utérus ; il se contente de celui du vagin avec la gaze iodoformée, qu'il renouvelle les deuxième, cinquième et huitième jours. Pour les lavages, il recommande la solution de biiodure de mercure (0 gr. 10 pour 1 litre d'eau). Jamais il n'a eu de complications, ni d'accidents. Le curettage de l'utérus est une des belles armes de la thérapeutique chirurgicale, c'est un moyen puissamment curatif ; s'il échoue dans certaines circonstances, il est permis d'espérer que ces insuccès disparaîtront de plus en plus par la perfection du diagnostic.

En trois années, M. Trélat a pratiqué 206 fois le curettage dans son service ; il a revu la plupart de ses malades. Les résultats confirment ce que M. Bouilly a dit pour la cure des métrites hémorrhagiques, dont il triomphe toujours. Les endométrites catarrhales, qui réclament parfois 2 et 3 opérations, sont finalement guéries par ce moyen. M. Bouilly, étudiant les causes d'insuccès, les a divisées de la façon suivante : 1° opération incomplète ; 2° métrites rebelles ; 3° tumeurs de l'utérus ; 4° réinfection secondaire.

La réinfection directe ou indirecte est possible, M. Trélat ne s'y arrête pas, mais il étudie les causes d'insuccès dues aux variétés de métrites. On vient à bout des glandes du col par une exérèse plus complète avec la curette à lame perpendiculaire. Les métrites tuberculeuses à une période avancée sont presque incurables, mais heureusement rares, il en est de même des vieilles métrites blennorrhagiques, et de celles de la ménopause; contre elles, plusieurs curettages sont nécessaires.

Le curettage échoue quand il y a une lésion des annexes, disent plusieurs auteurs. Cette proposition n'est pas d'une vérité absolue. M. Trélat possède cinq observations de métrite compliquées de salpingites, guéries par le curettage et il cite les deux suivantes, comme étant les plus concluantes.

Une jeune femme de 26 ans, opérée à 13 ans d'un kyste pileux de l'ovaire droit, accouche, à 20 ans, d'un enfant bien portant ; trois ans après, l'enfant devient malade, la mère le soigne, se fatigue, néglige sa santé et commence une métrite qui dura pendant plusieurs années. Lorsqu'elle vient trouver M. Trélat, l'endométrite est incontestable; il existe, au niveau du ligament large gauche, une petite masse ferme, du volume d'une mandarine, bosselée, reliée à la corne utérine par une sorte de pédicule, très douloureuse au toucher et spontanément. Après le curettage, la santé devient excellente, la tumeur des annexes disparaît, la guérison a persisté.

La seconde observation est encore plus instructive. Une femme de 28 ans souffre de pertes blanches, de douleurs dans le bas ventre qui sont exaspérées par le mariage ; elle garde le lit depuis 6 mois. A l'examen, M. Trélat constate une endométrite avec une cavité profonde de 85 millimètres. Les annexes présentent des deux côtés des tumeurs multilobées, très appréciables au toucher. M. Trélat fait entrer la malade à l'hôpital, décidé à pratiquer la laparotomie ; mais auparavant il fait le traitement de l'endométrite par le curettage. Succès complet, la malade ne souffre plus, l'utérus est sec, les douleurs disparaissent dans les culs-de-sac du vagin, plus de tumeurs des annexes. L'année suivante elle accouche d'un enfant pesant 3.800 grammes.

De pareils exemples prescrivent de faire toujours le traitement de l'endométrite, avant d'enlever les annexes. C'est une sage précaution, avec possibilité de guérison et de maternité.

M. Routier a pratiqué vingt-quatre fois le curettage utérin. Dans 12 cas de métrites hémorrhagiques pures, sans fibrôme ni lésion des annexes, il a obtenu des succès complets ; quatre endométrites avec sécrétion muco-purulente ont été soulagées au début, mais l'amélioration ne s'est pas maintenue. Il a échoué dans cinq cas de métrite compliquées de salpingite purulente, qu'il a dû enlever ultérieurement. Enfin, il a fait avec succès trois fois le curettage après ablation des annexes ; une fois pour une métrite tenace, et deux fois pour des hémorrhagies dues à de petits fibrômes sous-muqueux.

M. Terrillon a fait 63 curettages depuis le 1er avril 1885, sans aucun accident. Il le considère comme très utile dans les métrites fongueuses hémorrhagiques, mais inutile lorsque l'affection est compliquée de salpingite. En effet, il a dû enlever plusieurs fois des trompes purulentes après avoir vainement pratiqué le curettage.

Esquille de l'articulation du genou. Arthrotomie. — M. Schwartz présente une esquille typique détachée probablement du fémur et retirée du genou d'un jeune homme de 20 ans qui était tombé sur le genou six jours auparavant. L'articulation était distendue par une grande quantité de liquide ; l'on sentit le corps étranger au niveau de la partie externe de l'articulation. Il fut enlevé par l'arthrotomie, et était constitué par une esquille ostéo-cartilagineuse reliée à un fragement plus petit,

Digitized by Google

par un tractus fibrino-sanguin. Le liquide extrait de l'articulation était séro-sanguin. L'opéré guérit par première intention. Pas de drainage, trois points de sutures. H. M.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES

DE PARIS ET DES DÉPARTEMENTS

Société de médecine pratique de Paris (13 janvier 1890). — I. *De la valeur et de la technique des injections abortives au nitrate d'argent contre la blennorrhagie.* — **Société médicale du VIIe arrondissement de Paris** (28 janvier 1890). — II. *Technique de l'antisepsie des voies génitales avant l'accouchement.* — **Société de médecine de Saint-Etienne et de la Loire** (janvier 1890). — III. *Une modification au traitement de l'ectropion par la suture de Snellen.*

I. **De la valeur et de la technique des injections abortives au nitrate d'argent contre la blennorrhagie.** — Quand on ignorait la nature parasitaire de la blennorrhagie on disait le nitrate d'argent est un substitutif et ses injections modifient la surface inflammée de l'urèthre. Aujourd'hui, on les déclare parasiticides et leur emploi est considéré comme un procédé de la méthode antiseptique. Pour M. Picard, cese provoque la chute de l'épithelium, phénomène que le gonocoque produit aussi, mais avec cette différence que le nitrate d'argent agit plus rapidement que le microbe.

Quand doit-on employer les injections anti-blennorrhagiques au nitrate d'argent? Avant l'apparition du pus pour tuer l'élément anatomique qui sert d'habitat à l'agent pathogène. Si on attend, il est trop tard.

Le moment de prescrire les injections abortives est donc celui où le malade accuse une sensation de chatouillement dans la fosse naviculaire. Il y a, au contraire, contre-indication à les employer si le pus est épais, le méat rouge et ses lèvres boursouflées.

Comment pratiquer les injections? Au moyen d'une solution argentique au vingt-cinquième ou au plus, au trentième; une solution plus fortement titrée provoquerait des escharres. A cet effet, on fait usage de la seringue en verre ordinaire. Le malade maintient la verge de la main gauche, et introduit, avec la main droite, la canule toute entière dans l'urèthre.

Il conservera le liquide argentique dans l'urèthre pendant un temps aussi long que possible avant d'uriner. La douleur, d'après M. Picard, étant modérée, la première miction est à peu près normale. Une goutte de liquide blanc jaunâtre sort de l'urèthre. Elle s'éclaircit dans les vingt-quatre heures à mesure que la cuisson s'atténue. Si toutefois l'écoulement persiste après vingt-quatre où trente-six heures, il faut répéter l'injection.

Ajoutons que le titre de la solution peut être moins élevé. M. Malécot estime qu'une solution au cinquantième suffit au début et que, après les premiers jours, on peut se contenter d'une liqueur argentique au centième et même au cent cinquantième.

II. **Technique de l'antisepsie des voies génitales avant l'accouchement.** — Dans la plupart des traités d'accouchement, il existe une lacune. On recommande tout au plus de pratiquer des injections de sublimé aux femmes qui doivent accoucher, mais on insiste peu sur la *préparation vaginale* que les chirurgiens bien avisés font subir aux voies génitales avant toute opération gynécologique. C'est elle que M. Verchère conseille et qu'il pratique.

Pendant les trois premières semaines du dernier mois de la grossesse, il prescrit matin et soir une injection vaginale avec la solution de sublimé au millième.

Durant la dernière semaine, il recommande une injection semblable tous les deux jours, et dans l'intervalle, l'application d'un tampon de gaze, iodoformée. Ce tampon reste à demeure jusqu'au moment où le fœtus l'expulse avec la tête.

Ce tampon est préparé avec la gaze iodoformée, roulée en forme de noix et mesurera quatre à cinq centimètres. Pour en faciliter l'introduction, on enduira sa surface de pommade au sublimé. Au préalable, les mains auront été lavées et trempées dans une solution de sublimé et l'injection aura été administrée avec le plus grand soin.

Quel est le but de cette pratique? D'isoler le col utérin, de le soustraire au contact des sécrétions utérines ou vaginales, et au moment de la rupture des membranes, d'intercepter toute communication directe entre la cavité utérine et l'atmosphère.

Faut-il pratiquer le toucher? L'accoucheur immergera la main dans une solution de sublimé au millième et touchera la malade sans avoir préalablement *essuyé ses mains*. Ensuite, il remettra le tampon iodoformé.

Les résultats de cette pratique sont, inutile d'insister sur ce point, de rendre l'accouchement absolument aseptique. Ces précautions peuvent sembler minutieuses. C'est une objection au devant de laquelle M. Verchère est allé en déclarant judicieusement que, si en chirurgie, on ne doit plus voir de pus à moins d'opérer dans un milieu déjà septique, en obstétrique, à plus forte raison, il doit en être de même, puisqu'il s'agit d'une « *opération naturelle* » que l'on a tout le temps de préparer.

III. **Une modification au traitement de l'ectropion par la suture de Snellen.** — Le procédé classique consiste à piquer une aiguille munie d'un fil de soie au niveau du point culminant de la conjonctive et à la faire cheminer sous la peau, pour sortir à deux centimètres au-dessous de la paupière. Avec une autre aiguille on répète la même manœuvre en ponctionnant sur la conjonctive à un centimètre de distance de la première aiguille, de façon à ce que l'anse du fil soit perpendiculaire au bord palpebral, et que le point de sortie se trouve sur la joue à trois centimètres au-dessous de la paupière. Par une traction sur le fil, on fait alors subir à la paupière un mouvement de bascule de bas en haut et d'avant en arrière, puis on le fil sur un petit rouleau formé de peau de gant. Au besoin on place une seconde suture. Ces sutures restent en place pendant quatre jours.

Notre habile confrère, M. Grand estime que ce moyen ne suffit pas quand il existe une ulcération avec rétraction de la peau de la paupière inférieure. Alors on doit recourir au procédé de Dieffembach par tarsoraphie. Toutefois, dans les cas plus simples, on essayera la suture de Snellen en apportant les modifications suivantes au procédé classique ;

1. Désinfection des fils de soie par immersion dans la solution de sublimé ;

2. Laisser ces fils dans la plaie pendant sept à huit jours jusqu'à ce qu'ils aient coupé la conjonctive et le tissu cellulaire sous conjonctival, ce que l'on reconnaît à la mobilité du fil. On peut rendre la section plus rapide en remplaçant le petit rouleau de peau par un autre plus volumineux.

3. On obtient ainsi une adhérence cicatricielle solide entre la conjonctive et la peau.

M. Grand, considère ces modifications judicieuses de nature à réhabiliter le procédé de Suellen déjà recommandable par sa simplicité par la possibilité pour l'opérateur de le pratiquer sans aide et d'opérer dans son cabinet. Ce sont là, en effet, de réels avantages. S. R.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

OBSTÉTRIQUE

De l'antisepsie en obstétrique

Un médecin a souvent l'occasion de faire un accouchement, alors que deux heures avant, il vient d'ouvrir un abcès, de panser une plaie infectée, d'examiner un érysipèle, une variole, un cancer utérin, etc. Or, en pareil cas,

Digitized by Google

il est septique dangereux pour la parturiente ; et si les accidents immédiatement graves n'apparaissent pas dans tous les cas, en revanche, toute une série de petites complications surgissent, pour lesquelles les explications ne manquent pas, toutes plus fausses les unes que les autres. Ce sont des lymphangites, des abcès du sein, des ophtalmies purulentes chez le nouveau-né, de petites poussées de fièvre dont on accuse la montée laiteuse, et plus tard, des métrites, des périmétrites, des salpingites qui durent des années, ne guérissent que rarement et nécessitent parfois des opérations graves et laborieuses.

On met tout cela sur le compte du froid, du tempérament, du traumatisme, alors qu'il n'y a qu'une seule cause réelle : l'infection pendant l'accouchement.

Comment les prévenir? Par l'antisepsie. Comment la pratiquer ? C'est ce que nous allons étudier

M. Budin préconise l'emploi de paquets dont l'usage est des plus commodes : ces paquets sont ainsi formulés (1) :

Sublimé corrosif	0 gr., 25
Acide tartrique	1 gr.
Rouge de Bordeaux	0 gr.,001

L'acide tartrique a deux avantages : 1o Faciliter remarquablement la dissolution qui se fait presque instantanément, grâce à lui, même dans l'eau froide ; 2o empêcher la formation de coagula insolubles provenant de l'action du sublimé sur les matières albuminoïdes, et rendre ainsi le sublimé plus actif. Le rouge de Bordeaux fera éviter les erreurs et empêcher qu'on ne prenne les solutions pour de l'eau pure, pour une boisson quelconque, etc. La dose est de 1 milligramme par paquet et non pas de 1 centigramme comme on l'a imprimé. Les doses de 1 centigramme donneraient une teinte beaucoup trop foncée, et rendrait difficile et très longue la dissolution de la matière colorante.

On peut remplacer le rouge de Bordeaux par une goutte de carmin d'indigo liquide, que le pharmacien mélangera au paquet de sublimé tartrique, en pulvérisant le tout dans un mortier.

Cette solution à 0, 25 centigrammes pour mille est excellente pour les injections vaginales et les toilettes des organes génitaux, normale. Mais il faut savoir que le vrai danger vient de l'accoucheur et de ses instruments, forceps, canules, etc. Comment faire de l'asepsie vraie dans les conditions où nous nous placions, tout à l'heure, c'est-à-dire après un pansement septique une ouverture d'abcès ?

La première chose à faire, en arrivant chez les parturientes et avant tout examen, c'est de se laver soigneusement les mains et les avant-bras avec de l'eau chaude, du *savon* et *une brosse*. Le brossage a une action mécanique extrêmement importante ; il doit durer plusieurs minutes, porter surtout sur les ongles, les espaces sous-onguaux, les plis de la peau ; il doit être minutieux et prolongé. Après ce premier lavage, les mains seront rincées et séchées avec un linge propre. Et ce n'est pas tout. Le médecin étant supposé toujours septique, il devra, avant d'examiner la femme en travail, se laver une seconde fois les mains, mais alors dans du sublimé. Et pour que la désinfection soit plus sûre, au lieu d'un paquet par litre d'eau, il emploiera quatre paquets, soit un gramme de sublimé pour mille grammes d'eau. Cette solution au millième sera réservée à la désinfection des mains et des instruments en verre : elle ne sera pas employée pour la femme elle-même, soit en injections, soit en lavages ; pour ces usages divers, la solution à 1/4 pour mille suffit dans les cas simples : Si la femme est infectée, le médecin pourra employer deux paquets pour un litre d'eau.

Ainsi, brosser soigneusement les mains, les instruments (forceps, canules, etc.) savonner une *première fois*, puis se laver une *seconde fois*, les mains dans du sublimé à 1 pour mille. Une fois les mains bien nettes, éviter de les essuyer avec un linge d'une propreté douteuse et préférer de beaucoup conserver les doigts humides de sublimé pour faire le toucher vaginal.

Pendant l'accouchement, nous recommandons d'éviter l'emploi des éponges qui sont toujours septiques ; il est très avantageux et très facile de faire bouillir dans de l'eau ordinaire et pendant un quart d'heure, de petits linges de toile qu'on laissera refroidir dans un vase clos une soupière par exemple, à la condition que ce vase aura été lui-même minutieusement lavé au préalable, c'est-à-dire rotté ou brossé, puis rincé au sublimé à 1 pour mille.

Il faut être convaincu que *ce n'est pas faire de l'antisepsie que de se passer purement et simplement les mains dans du sublimé ou de l'acide phénique, ou d'y tremper un instrument pendant quelques secondes.* C'est là, ce qu'on voit faire bien souvent, et c'est tout à fait insuffisant. Les antiseptiques n'agissent qu'à la longue, et ne sont vraiment utiles que pour conserver l'état d'asepsie qu'on aura obtenu d'abord par le brossage et le lavage. *Il faut en premier lieu faire de l'asepsie mécanique pour pouvoir compter ensuite sur l'antisepsie chimique.* Les deux modes d'action se complètent et sont également indispensables.

Si une opération est nécessaire, on prendra les mêmes précautions pour les instruments : on brossera, on savonnera son forceps, en soignant surtout les coins, les articulations, etc. Mais comme le sublimé attaque le métal, on emploiera comme antiseptique l'acide phénique au 20e, ou plus simplement, on plongera pendant quelques minutes les cuillers dans de l'eau bouillante. Pour les refroidir, on les trempera dans l'eau préalablement bouillie et conservée dans un litre hermétiquement bouché.

Si l'on veut employer la solution phéniquée, on formulera ainsi :

Acide phénique cristallisé	50 grammes
Glycérine	50 grammes
Eau bouillie ou distillée	un litre

préférer comme dissolvant la glycérine à l'alcool, parce que la causticité de l'acide phénique est de beaucoup diminuée de cette façon.

La solution de choix sera donc celle de sublimé à 0,25 centigrammes pour mille qui sera réservée aux injections et aux lavages de la femme en travail, la solution de sublimé au millième sera utilisée pour la désinfection des mains et des instruments en verre. Dans le même but, et pour les instruments métalliques, on pourrait employer l'acide phénique au 20e, qu'on dédoublera si on veut en

(1) Voir sur le sujet les récents débats de l'Académie de médecine. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, no 5 et 6 1890.

Digitized by Google

injecter dans les parties génitales.

Sublimé et acide phénique sont excellents, mais à la condition que les reins de la parturiente soient en bon état. Il faut examiner les urines, et si on trouve de l'albumine, renoncer aux deux antiseptiques précités. User alors d'eau bouillie ou d'acide borique à 3 pour cent, ou mieux encore, d'hydrate de chloral à 1 pour cent.

Tels sont les moyens pratiques d'assurer l'antisepsie et l'on peut les résumer de la façon suivante :

1° Asepsie mécanique par le brossage et le lavage;

2° Antisepsie chimique par le rinçage dans une solution forte de sublimé ou d'acide phénique. Voilà pour les mains et les instruments. L'eau bouillante désinfectera les les linges et les instruments, l'eau récemment bouillie et froide les refroidira. Le sublimé à 0,25 par mille, l'acide phénique au 40e environ pour les injections et les toilettes quand les reins sont sains ; en cas d'albuminurie, user d'acide borique à 3 0/0 ou même de chloral à 1 pour cent.

Dr Demelin.

CORRESPONDANCE DE L'ÉTRANGER

Constantinople, 25 février 1890.

L'influenza à Constantinople

A peine quitte de la dengue voilà l'influenza qui l'a remplacée.

L'influenza a débuté avec les premiers jours de décembre sur des portefaix du port. D'autres disent l'avoir observé chez des voyageurs venus d'Odessa. Quelques jours après on signalait des cas dans tous les quartiers, l'épidémie s'étendait comme l'éclair. L'excès d'humidité et le vent persistant du Nord-Est, pendant les mois de décembre et de janvier, ont favorisé, croyons-nous, le développement de cette épidémie.

Dans le commencement de janvier, elle s'est pandiquement étendue et on a constaté 50 à 100 cas d'attaques par jour.

Les hôpitaux furent bientôt encombrés. Nous ajouterons qu'un assez grand nombre de médecins furent à leur tour atteints et même victimes de la maladie.

Par ordre supérieur, les écoles ont été fermées ainsi que les théâtres et les établissements de plaisir. Dans beaucoup de fabriques le quart du personnel était alité. Toutefois, voici une exception à la règle.

La fabrique de la régie de tabac ottoman, à Stamboul, n'a pas compté un seul cas d'influenza, malgré le nombre du personnel qui s'élève à 1,600 ouvriers (1,300 filles et 300 hommes). La raison de cette immunité doit être attribuée aux prescriptions hygiéniques rigoureuses exécutées ponctuellement sous la surveillance du directeur.

Il serait intéressant de savoir si la même immunité a été constatée dans les fabriques des tabacs des autres pays.

Dans notre ville l'épidémie a duré à peu près de six à sept semaines. Depuis le 1er février, les nouveaux cas sont de plus en plus rares. La maladie commençait par une toux sèche avec ou sans expectoration, de la céphalalgie frontale, de la courbature, des myalgies, arthralgies et névralgies diverses. Chez beaucoup de malades, elle débutait par le larmoiement des yeux, la rougeur avec œdème de la face, et de l'ophtalmie même. J'en ai observé un cas chez une malade qui ne put pas ouvrir les yeux pendant 36 heures, en raison de l'œdème de la face.

D'autres médecins ont observé des otorrhées, des otalgies, la parotidite, l'amygdalite et le catarrhe de la trachée et des bronches, l'hypérémie, l'apoplexie pulmonaire, et des broncho-pneumonies. On a signalé encore la perte du goût et de l'odorat, et dans un cas une forte glossite. Il y a eu des cas d'hémoptysie, nous avons observé des cas d'entéralgie, de métrorrhagie, des hypérémies des méninges et des paralysies partielles ou générales, etc.

La forme la plus fréquente et la plus grave a été la forme thoracique, compliquée, dans quelques cas avec la forme gastrique, dysentérie, entérite, entérorrhagie, etc. En général pas de phénomènes de prostration, cependant j'ai observé une femme qui présentait des lipothymies continuelles et de la dyspnée. Son pouls était à 50, et sa température variait de 35,8 à 36,5.

Dans un autre cas intéressant, le malade avait de la broncho-pneumonie infectieuse, on lui administra près de 29 grammes de teinture de musc par jour et des toniques. Nous citons ce cas comme curieux à cause de la grande quantité de musc qui a été employée.

C'était un traitement onéreux.

A propos du *diagnostic différentiel entre la dengue et l'influenza*, j'estime que presque tous les médecins qui ont eu l'occasion d'en observer des épidémies ne peuvent confondre les deux maladies.

Au point de vue thérapeutique, j'ai constaté que, contre la céphalalgie, la phénacétine a donné de bons résultats.

Je la prescrivais ainsi :

Phénacétine, 6 grammes, en 12 petits cachets.

Prendre chaque heure jusqu'à cessation des douleurs de tête. J'administrais encore les pilules ainsi formulées.

Bromhydrate de quinine..... 2 gr.
Citrate de caféine..... 1 gr.
en 18 pilules, Prendre chaque deux heures deux pilules.

Contre la toux j'ordonnais :

Poudre de Dower..... 2 gr.
Acide borique..... 6 gr.
en 12 cachets, un cachet à prendre chaque deux heures.

En cas de constipation, j'ai donné les lavements additionnés de glycérine boriquée.

Je me suis rarement servi de purgatifs, contre les complications gastro-intestinales. Dans ce cas, je prescrivais le salicylate de magnésie.

La mortalité de notre ville s'est élevée à 300 décès pendant le mois de décembre 1889 et à 600 pendant le mois de janvier 1890, ces chiffres accusent un excès sur la mortalité sur la même période de l'année 1888. On doit l'attribuer au grand nombre de pneumonies et d'autres complications thoraciques qui ont accompagné l'influenza.

Les personnes que nous avons traitées pour les maladies de voies urinaires, et qui ont pris du salol, ont été réfractaires à l'influenza.

Dr Lebowicz.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'antisepsie des voies urinaires avant les théories microbiennes

par M. le Dr RELIQUET

Les travaux actuels sur l'antisepsie des voies urinaires, sont d'un intérêt supérieur, je les suis avec d'autant plus d'attention, que toujours, j'ai été préoccupé de mettre mes malades à l'abri des accidents généraux que nous appelions

Digitized by Google

intoxication urineuse (1). En cela je suivais l'enseignement de mon maître, M. Maisonneuve.

Préoccupé de toutes les intoxications, sur le conseil de Ch. Robin, dès le début de ma pratique, je m'imposai un examen microscopique de tout ce qui sortait de l'urèthre des malades que j'examinais dans mon cabinet. Bien des fois, chez des sujets qui n'avaient jamais été sondés, j'ai trouvé dans l'urine et surtout dans le muco-pus visqueux, plus ou moins épais, venant d'une glande de l'urèthre, expulsé après le toucher de la prostate ou des glandes de Cowper, des microbes et même des vibrions. Le liquide était reçu du méat sur la plaque très propre et immédiatement examiné. Lorsque, il y a quelques années, M. Pasteur vint dire à l'Académie, qu'on ne trouvait jamais de microbes dans l'urine des sujets qui n'avaient jamais été sondés, je racontai ce que je viens de dire, ce que j'avais observé et, bien entendu, on ne me crut pas. Depuis il a été reconnu que le filtre rénal laissait arriver dans les voies urinaires des microbes. A cette même époque, un professeur de la faculté fit son cours sur les conséquences des micro-organisme dans les urines. Les sujets qui en avaient dans leurs urines, étaient, pour le professeur, exposés aux accidents les plus graves.

Le lendemain sept confrères qui avaient assisté à ce cours vinrent chez moi, me racontant qu'ils ont des microbes dans les urines, qu'ils sont absolument décidés à s'en débarrasser. Presque tous acceptèrent mon dire, lorsque je leur affirmai que cela existait chez un grand nombre de sujets qui n'avaient jamais été sondés. Mais l'un d'eux, qui s'occupait de microbiologie, voulut absolument que je lui fasse des injections pour détruire l'origine des microbes. J'eus beau lui dire, que 24 ou 48 heures après l'injection, il aurait dans la vessie les mêmes microbes en aussi grande quantité. Je fis une première injection avec une solution de nitrate d'argent, 48 heures après il y avait autant de microbes qu'avant; je fis une seconde injection avec la solution de nitrate d'argent et le résultat fut le même.

Ainsi l'asepsie des voies urinaires, telle qu'on la comprend, c'est-à-dire l'absence de toute espèce de microbes, est bien difficile à obtenir. Il y a des microbes qui viennent des reins, il y a ceux qui viennent des glandes périphériques de l'urèthre, glandes prostatiques, glandes de Cowper, et des petites glandes, plus ou moins anormales, disséminées sur la paroi du canal, entre le collet du bulbe et le méat. Ces glandes, en dehors de tout cathétérisme, peuvent s'enflammer, devenir l'origine de microbes, et cela sans qu'il y ait jamais eu de cathétérisme.

Comme je le disais, j'ai toujours été préoccupé de mettre mes malades à l'abri de l'intoxication urineuse et des suppurations des voies urinaires; témoins mes travaux : ma thèse, 1863, *sur l'urétérotomie interne* de Maisonneuve, où je démontre que la sonde à demeure dans l'urèthre, après l'opération, présente des accidents fébriles qui étaient absolument la règle avant cela.

Dès cette époque, je préconise l'emploi de la solution d'acide phénique au millième comme injection dans la vessie. Puis mon étude sur l'*intoxication urineuse*, qui est l'introduction de mon *Traité des opérations des voies urinaires*, 1869. Là, j'y démontre qu'il faut absolument, pour éviter l'intoxication urineuse après les opérations faites dans la vessie, que l'épithélium vésical protecteur contre toutes absorptions, reste intact, ou si l'épithélium est enlevé dans des points de la paroi, il faut agir sur ces points dénudés pour qu'ils n'absorbent pas. J'y démontre aussi que l'épithélium de l'urèthre étant mauvais protecteur contre l'absorption, les accidents généraux d'intoxication urineuse avaient très souvent pour origine les parois de ce canal.

Ces idées générales ont toujours dominé toute ma pratique chirurgicale, jamais je n'ai fait une lithotritie, sans faire des injections de solution d'acide phénique au millième, pour évacuer les graviers et aussi pour agir, par une coagulation superficielle, sur les points de la paroi vésicale dépourvus d'épithélium pendant l'opération.

De plus cette solution phéniquée concrète les mucosités, les détache des parois vésicales et en favorise la sortie par la sonde; c'est là un fait que j'observe très souvent, et que j'ai publié. J'ai aussi démontré et publié il y a longtemps dans mon *Traité des opérations des voies urinaires* que cette injection d'eau phéniquée diminue la sensibilité de la vessie.

Maintenant nous avons l'acide borique, qui nous rend les plus grands services en agissant sur les liquides, mais qui n'a pas d'action sur les surfaces dépourvues d'épithélium, sur les parois absorbantes.

Je disais qu'il était bien difficile de rendre l'urèthre aseptique d'une façon complète, durable, et cela parce que les glandes périphériques de l'urèthre peuvent avoir dans leur cavité même l'origine des microbes. — Dans mes *Leçons sur les stagnations d'urine*, j'ai cité des faits où le dépôt muco-purulent glaireux du vase de nuit provenait entièrement des glandes de la prostate, l'urine contenue dans la vessie étant limpide jusqu'à la dernière goutte. Il y a un fait heureux, c'est que très rarement les liquides sécrétés pour les glandes prostates remontent dans la vessie. Presque toujours ces liquides sont chassés en avant, et expulsés par le méat, soit avec l'urine, au moment de la miction, soit en dehors de la miction. Il va sans dire que les sécrétions des glandes de Cowper qui arrivent dans l'urèthre en avant du collet du bulbe, sont toujours évacuées par le méat.

Je n'admets pas que le col vésical reste toujours entr'ouvert. Si cela était, l'urine pénétrerait dans la région prostatique, et nous aurions tous de l'incontinence d'urine.

La fonction du col vésical et celle de la portion membraneuse, sont synergiques. En réalité, le sphincter urèthral comprend toute la région profonde de l'urèthre, du collet du bulbe à la vessie. Seulement, chez l'homme, il y a des glandes développées dans l'épaisseur de ce sphincter ce qui constitue la prostate.

Je maintiens absolument que le passage spontané des mucosités, accumulées dans la région prostatique, dans la vessie, est tout-à-fait l'exception.

Evidemment la solution phéniquée, que j'emploie au millième, ne détruit pas et n'empêche pas la production des microbes, mais elle a pour action : 1° de concréter les mucosités et d'en faciliter l'expulsion. Ainsi dans les cas *de stagnation d'urine vésicale locale* (entre les colonnes vésicales), cette solution y concrète les mucosités qui alors sortent facilement de la loge et sont expulsées. Je

(1) *Société médico-pratique*, 27 janvier 1890.

Digitized by Google

décris ce fait dans mes leçons sur les stagnations d'urines.

Chalvet en 1864 dans son mémoire intitulé : *Des désinfectants et de leurs applications à la thérapeutique et à l'hygiène*, démontre que pour éviter les accidents généraux à la suite des opérations, il faut que le pansement satisfasse aux indications suivantes : 1° agir sur les liquides infectieux en les rendant non infectieux ; 2° agir sur la paroi absorbante en la rendant impropre à absorber ; 3° agir en même temps sur le liquide en le rendant non infectieux et sur la paroi, la plaie, en la rendant impropre à l'absorption. C'est pour satisfaire à ces conclusions que j'ai toujours acceptées, que j'ai toujours employé la solution d'acide phénique. Ce n'est pas directement contre les microbes que j'agis.

A l'époque où j'ai institué cette pratique, on ne parlait guère des microbes. Mais cette pratique ne m'a jamais trompé. C'est certainement à elle que je dois mes succès.

L'asepsie des instruments des voies urinaires est en passe de se compliquer beaucoup. J'espère bien que les jeunes confrères qui étudient les questions, finiront par trouver des moyens plus pratiques que ceux qu'ils nous proposent, moyens que du reste je suis tout disposé à accepter dès qu'il me sera démontré que sans eux on a des accident. Jusqu'à présent, je ne me sers que de l'eau boriquée, de l'eau phéniquée et du cérat phéniqué, lavant toujours mes sondes avec de l'eau boriquée et laissant sécher sur elles l'eau boriquée. Elles sont toutes imprégnées de cet acide borique. Leurs yeux et leurs cavités en sont garnis de cristaux. Pour ma seringue, il en est de même.

Dans mon Traité *des opérations des voies urinaires*, j'ai démontré qu'on devait se servir d'une seringue parfaite dont le piston glisse sans la moindre résistance sur les parois du corps de pompe, et cela pour que la main qui manœuvre la seringue, puisse reconnaître la moindre résistance, la plus légère pression de la vessie sur la masse liquide qu'on injecte. A ces conditions on sait faire les injections vésicales, selon les indications à remplir.

Je ne sais si en démontant à chaque instant le piston, on conserve à l'instrument toutes ses qualités.

Ma seringue est comme mes sondes, constamment en contact avec de l'acide borique. Il y en a des cristaux dans la canule et sur la section intérieure du corps de pompe. Cela est tel que pour donner à la seringue toutes ses qualités, il faut qu'elle soit réchauffée par la solution dont on la remplit et qui dissout les cristaux. Quand on la manœuvre à froid le piston glisse mal. Jusqu'à présent je n'ai jamais inoculé ou transmis une suppuration dans ma pratique. Je n'ai point eu de suppuration après mes opérations. Ainsi que je l'ai dit dans mon travail : *La lithotritie doit être faite sans traumatisme*, 1882. J'ai toujours été préoccupé dans ma pratique de mettre mes malades à l'abri de ces accidents consécutifs de suppuration. Jusqu'à présent, je crois y avoir réussi.

Si les nombreux moyens proposés actuellement me sont démontrés indispensables, je les emploierai.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

I. **Un traitement de l'amblyopie tabagique.** — 1° Moyens hygiéniques. — Proscrire l'usage du tabac ; repos de l'œil.

2° Toniques médicamenteux. — Localement : 1° Sichel prescrivait des frictions quotidiennes sur les tempes avec une cuillerée à café du liniment suivant :

Alcoolat de romarin	30 gr.
Baume de Fioravanti	15 gr.
Essence de lavande	1 gr.

Ou bien, quatre onctions quotidiennes avec une pommade à l'oxyde de cuivre que l'on peut formuler ainsi :

Oxyde noir de cuivre	1 gr.
Lanoline	10 gr.

Une heure après on enlèvera cette pommade.

2° Si ces moyens sont insuffisants, on peut, à l'exemple du même ophtalmologiste, appliquer des vésicatoires volants répétés sur le front et les tempes ou bien avec Stelwag de Carrion, pratiquer les injections sous-cutanées suivantes :

Nitrate de strychnine	0,10 cgr.
Eau distillée	10 gr.

Injecter *tous les trois jours* une seringue de cette solution sous la peau de la région temporale.

3° Moyens internes. — 1° Usage de laxatifs répétés.

2° Administrer tous les jours, le matin et le soir une grande cuillerée de la solution suivante :

Iodure de potassium	1 gr.
Eau distillée	250 gr.

II. **Un électuaire laxatif pour les enfants.** — M. Ferrand le prescrit à la dose de une à deux cuillerées à soupe pour édulcorer une tasse de lait chaud ou de thé léger. Il se formule ainsi :

Manne en larmes	25 gr.
Magnésie calcinée	44,50 gr.
Fleur de soufre lavée	4,50 gr.
Miel blanc	20 gr.

On le fera ingérer à doses faibles ou laxatives contre la constipation habituelle et, à doses élevées ou purgatives, pour provoquer des évacuations alvines abondantes.

S. R.

INFORMATIONS

PARIS

Conseil supérieur de l'Assistance publique. — D'une note que l'on nous communique, il résulterait que la 2e section de ce conseil adopterait les bases suivantes pour l'organisation du service de l'Assistance médicale rurale : 1° Création dans chaque commune ou syndicat de communes, un dispensaire, fut-il composé d'une simple chambre, à la mairie par exemple, où le médecin pourra recevoir les malades susceptibles de se déplacer leur donner des consultations externes, et faire des pansements et petites opérations ;

2° Etablissement d'une infirmerie à circonscription relativement peu étendue, où un grand nombre de malades pourront être soignés sans trop s'éloigner de leur domicile, et sans occasionner de dépenses aussi considérables que dans les grands centres ;

3° Fondation d'un hôpital général destiné au traitement de certaines maladies spéciales ou d'affections chirurgicales, pour

Digitized by Google

lequel l'infirmerie serait insuffisamment outillée à divers points de vue. Le médecin du dispensaire jugera si les malades doivent être hospitalisés ou bien soignés à domicile.

Le conseil général de chaque département sera libre d'adopter l'un des systèmes d'assistance publique, fixera le mode de recrutement du personnel et délimitera les circonscription hospitalières.

Société médico-pratique. — Séance du 10 mars. Ordre du jour :

1° M. Zernoff (de Moscou), note sur l'encéphalomètre.

2° M. Roux, cas d'intoxication par une injection phéniquée vaginale.

3° M. Potherat, cas d'amputation urgente pour une ostéomyélite ancienne.

4° M. Maurice Bloch, ataxie locomotrice, hystérie, morphinomanie ; bons effets de la suggestion hypnotique dans le traitement de la morphinomanie (travail de candidature).

ÉTRANGER.

Angleterre. **Congrès international d'hygiène et de démographie.** — La prochaine session aura lieu à Londres le 24 avril 1891.

Association des médecins anglais. — La prochaine réunion aura lieu à Birmingham, du 29 juillet au 1er août 1890. Les discours inauguraux seront prononcés pour la médecine, par M. Walter Forster ; pour la chirurgie, par MM. Lawson Tait, et pour la thérapeutique par M. H. Broadbent. Voici les noms des présidents de section : *Médecine et thérapeutique* : M. Dyce-Duckworth ; — *Chirurgie* : M. Bartleet ; — *Obstétrique et gynécologie* : M. Savage ; — *Médecine publique* : M. A. Hill : — *Psychiatrie* : M. Needham ; — *Anatomie et physiologie* : M. Cunningham ; — *Pathologie* : M. Hamilton ; — *Ophtalmologie* : M. L. Owen ; — *Maladies des enfants* : M. A. Carter ; — *Laryngologie et rhinologie* : M. Wilders ; — *Otologie* : M. Warden ; *Dermatologie* : M. J. Hutchinson.

Autriche. — **Congrès de médecine interne.** — Il aura lieu à Vienne du 15 au 18 avril prochain. Parmi les communications annoncées, nous notons les suivantes, MM. Schede (de Hambourg) et Immermann (de Bâle) : *Du traitement de l'empyème* ; — Ziemssen (de Munich) et Senator (de Berlin), *Du traitement de la néphrite chronique* ; (Biemes de Fribourg) ; — *De l'influenza* ; — puis la *physiologie de la peau* par M. Unna ; — *Du penphigus* par Mosler ; — *Des troubles gastriques dans le diabète* par Gans (de Carlsbad ; — *Contributions à l'étude clinique des ostéites typhoïdiques* par Furbringer ; — *Du mal des montagnes* par Liebig ; (de Reichenhall). — *Des rapports du poulx avec la fermeture des valvules du cœur* par Frey (de Leipsig) ; — *De la dilatation aiguë du cœur* par Schott (de Manheim). — *Des reflexes tendineux* par *Stenberg* (de Vienne) ; — *Du rein flottant* par Curschmann de Leipsig) et *De la tuberculose* par Cornet (de Berlin).

Egypte. — **L'épidémie d'influenza.** — La maladie a débuté à Alexandrie, le jour de Noël ; mais avec une bénignité plus grande qu'en Europe. En même temps, on constatait que les chats et les chiens étaient atteints, mais que les chevaux échappaient à son genre épidémique. La mortalité a été en augmentant jusque dans les premiers jours de février, et cette augmentation était causée par des maladies des organes respiratoires.

Au Caire, le premier cas a été signalé le 10 janvier et la maladie a sévi, sans gravité d'ailleurs, aussi bien sur les indigènes que sur la population blanche. Les indigènes lui ont donné le surnom de *hiya el moda*, ou la maladie à la mode. Il y a eu une légère augmentation des décès, on en attribue la faiblesse à la rareté des affections broncho-pulmonaires sous ce climat.

Italie. — **La répression de l'exercice illégal de la médecine.** — Le mois dernier, le ministre de l'Intérieur adressait une circulaire à tous ses agents, leur enjoignant conformément à ses précédentes instructions, de faire dresser la liste mensuelle des personnes qui, à leur connaissance, exercent illégalement les professions de médecin, de chirurgien, de sage-femme, de vétérinaire, de pharmacien, de phlébotomiste et de dentiste. De plus, ces agents doivent signaler les cas où ces personne sont traduites devant les tribunaux et acquittées, afin d'enappeler s'il y a lieu de sentences du tribunal. — Voilà un exemple que le garde des sceaux et nos parquets pourraient utilement suivre !

La désinfection des wagons de chemins de fer. — Une décision du ministre de l'Intérieur vient de rappeler aux compagnies de chemins de fer l'obligation de désinfecter les wagons qui transportent les individus malades. Cette opération doit être pratiquée avec le sublimé en solution aux deux millièmes Les wagons à bestiaux doivent toujours, après chaque voyage subir une désinfection avec la solution phéniquée et, quand ces animaux sont suspects, avec une solution de sublimé.

NOUVELLES MILITAIRES

France

Nominations dans le corps de santé de la marine. — (Activité). *Au grade de médecin principal* : MM. les médecins de 1re classe : Roux et Bremand.

INDEX BIBLIOGAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

Clinique médicale.

Comby. Le zona chez les enfants (*Revue mensuelle des mal. de l'enfance*, p. 487, nov. 1889).

De Dominicis. Sur un cas de maladie bleue (*Rivista clinicaue terapeutica*, oct. 1889.

Devaux. L'oligodipsie est un symptôme d'herpétisme (*Journal de méd. de Bordeaux*, 3 nov. 1889).

Gaillard. Quelques réflexions sur la variole et la vaccine (*Le Poitou méd.* 1er nov. 1889).

Kiener. Remarques sur la marche naturelle et sur le traitement de la pleurésie purulente non septique (*Gaz. des sciences méd. de Montpellier*, 2 nov. 1889).

Kleman. (C. W). Empoisonnement par le gaz d'éclairage (*The N.-York Med. Journal*, 26 oct. 1889).

Lees. Du traitement de la pneumonie par applications de glace (*The Lancet*, 2 novembre 1889).

Ord (William). Remarques sur l'existence du sucre dans l'urine (*Brit. Med. journal*, 2 novembre 1889).

Scinto. Sur un cas de lésion osseuse de la syphilis héréditaire (*Rivista clinica e terapeutica*, octobre 1889).

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

Moure (J.) : Contribution à l'étude des corps étrangers des voies aériennes. in-8° de 24 pages, 1 fr. 50 (Paris, O. Doin, 1889).

Bourgeois (A.) : Etude sur la fièvre typhoïde atténuée et sur l'atténuation de la fièvre typhoïde. Une broch. in-8° de 42 pages. Prix : 2 francs (Paris, 1889, O. Doin).

Lavielle (Ch.) : Du rhumatisme chronique et de son traitement thermal. In-8° de 185 pages. Prix : 3 francs (O. Doin, Paris, 1889).

Raymond (F.) : Leçons sur les maladies du système nerveux professées à la Faculté de médecine de Paris. Un volume grand in-8° de 525 pages, avec figures dans le texte. Prix : 10 francs (O. Doin, Paris, 1889).

Desnos (E.) : Traité élémentaire des maladies des voies urinaires. Un volume in-12 cartonné de 1,000 pages avec figures. Prix : 10 francs (O. Doin, Paris, 1889).

Le Directeur-Gérant. Henri Huchard.

Paris — Imprimerie Décembre, 326 rue de Vaugirard.

QUATRIÈME ANNÉE — N° 11 — 12 MARS 1890

REVUE GENERALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD. — RÉDACTEUR en CHEF : M. Charles ÉLOY

COMITÉ de RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ.

CLINIQUE MEDICALE

Hôpital Broussais. — M. le Dr BARTH

Atonie gastrique et dilatation de l'estomac (1)

Nous avons reçu, il y a peu de jours, au numéro 13 de notre salle Delpech, un homme d'environ 40 ans, qui depuis trois années se plaint de souffrir de l'estomac. Jusqu'alors il avait joui d'une assez bonne santé, et on ne retrouve dans ses antécédents qu'une syphilis qui paraît sans relation avec sa maladie actuelle. C'est vers la fin de l'année 1886 qu'il a commencé à ressentir accidentellement de la pesanteur après ses repas, de la gêne épigastrique, parfois des douleurs plus ou moins vives ; en même temps son ventre était ballonné, il éprouvait des éructations gazeuses, des renvois aigres, accompagnés de sueurs, et d'un grand malaise général. Ces phénomènes duraient souvent plusieurs heures, puis se calmaient peu à peu, mais en laissant à leur suite une sensation de faiblesse, de brisement des forces, extrêmement pénible.

Notre malade ne s'est pas soigné, comptant que ces accidents finiraient par disparaître d'eux-mêmes, comme ils étaient venus. Loin de là : les crises, d'abord séparées par d'assez longs intervalles, sont devenues de plus en plus fréquentes, de plus en plus douloureuses. Depuis quelques mois un nouveau symptôme s'est manifesté : ce sont des vomissements, tantôt alimentaires, tantôt muqueux, qui se produisent en général quatre ou cinq heures après le repas. Les matières vomies sont parfois très abondantes et renferment les résidus reconnaissables des repas de la veille ou de l'avant-veille ; d'autres fois elles sont presque exclusivement formées de mucosités filantes, à odeur aigrelette très prononcée. Le vomissement est d'ordinaire précédé par une crise de violentes douleurs gastriques, s'irradiant vers les hypochondres ; après l'évacuation du contenu de l'estomac, le malade se sent momentanément soulagé ; mais dès le repas suivant, il est repris des mêmes malaises. Malgré l'intensité de ces troubles dyspeptiques, l'appétit n'a pas disparu, mais le malade s'aperçoit qu'il maigrit, que ses forces diminuent chaque jour ; c'est ce qui l'a décidé à venir réclamer nos soins.

En l'examinant, le lendemain de son entrée, je vous ai fait remarquer qu'il n'offrait nullement la teinte cachectique des individus atteints de cancer de l'estomac : loin de là, son facies est bon, et, bien que notablement maigri, il conserve une musculature très suffisante. Le ventre est souple, et la palpation la plus attentive n'y fait découvrir ni induration ni tumeur ; au contraire on est frappé de la flaccidité des parois abdominales, surtout dans la région située au-dessus de l'ombilic. A ce niveau, une pression saccadée du bout des doigts fait naître sans difficulté un bruit de glou-glou ou plutôt de *clapotage*, suivant l'expression de M. Bouchard : indice de la présence dans l'estomac d'une notable quantité de gaz et de liquide. Ce bruit n'a rien d'anormal en lui-même ; on le produit sans difficulté chez beaucoup de sujets sains, après absorption d'une certaine quantité de boisson ; mais ici il est remarquable par l'étendue dans laquelle on le perçoit : à gauche dans toute l'étendue de l'hypocondre, et bien au-dessous de la ligne costo-ombilicale ; à droite, fort au-delà de la ligne médiane. Ce fait révèle, comme on pouvait s'y attendre d'après les symptômes fonctionnels, l'existence d'une dilatation considérable de l'estomac.

Celle-ci d'ailleurs est manifeste, non seulement à la palpation, mais à la vue : en examinant, avec un éclairage convenable, la région abdominale supérieure, on distingue nettement, à travers la paroi relâchée, l'ampoule stomacale distendue, affectant la forme caractéristique d'une cornemuse, et dont le bord inférieur descend jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Quand le malade se déplace, on observe des ondulations pareilles à celles d'une outre à demi-pleine.

Le malade a bon appétit et, jusqu'à son entrée à l'hôpital, il mangeait gloutonnement toute sorte d'aliments ; mais peu après le repas, il éprouve de la sensibilité à l'épigastre, du ballonnement, des éructations gazeuses, du pyrosis ; parfois il a de violentes crises gastriques qui se terminent par les vomissements copieux dont je vous ai déjà parlé. Depuis le début de sa maladie, il a souvent de la constipation.

Les autres organes paraissent en bon état ; il n'y a rien au cœur, rien aux poumons ; le foie n'est pas hypertrophié, les urines ne contiennent pas d'albumine. Sur les jambes on découvre des varices très volumineuses, ce qui n'est pas rare chez les dilatés.

Depuis longtemps déjà le malade est en proie à différents troubles nerveux : il dort mal, a parfois des cauchemars qui n'affectent pas le caractère professionnel ; pendant la veille il a souvent des maux de tête, des bourdonnements d'oreilles, des bouffées de sueur ; enfin, et surtout il éprouve une sensation d'anéantissement inexprimable.

Quelle est la cause première de cette série d'accidents ? Quand chez un malade de l'hôpital on constate des phénomènes dyspeptiques, on est d'abord disposé à incriminer l'alcoolisme. Ce n'est pourtant pas le cas ici : notre malade a toujours été très sobre ; il exerce d'ailleurs une profession, celle de monteur-mécanicien, qui est peu compatible avec l'alcoolisme. D'autre part, il est marié, père de famille, et paraît mener une vie rangée. Quand nous l'interrogeons sur les circonstances qui ont pu préparer le développement de sa maladie, il nous apprend ceci : que depuis quatre ans environ il rêvait chaque jour de

(1) Leçon recueillie par M. Roland Faure-Miller, interne du service.

Digitized by Google

son atelier fort éloigné prendre à la maison son repas de midi : n'ayant qu'une heure pour le repas et pour le double trajet il était obligé de se presser beaucoup ; il arrivait au pas de course, mangeait à la hâte et repartait avec la même précipitation. C'est depuis cette époque que ses repas ont commencé à lui *rester sur l'estomac*.

Le traitement institué a été simple : nous avons d'abord pratiqué un lavage de l'estomac ; à l'aide du siphon de Faucher nous avons fait passer dans le réservoir gastrique cinq ou six litres d'eau bicarbonatée, de façon à le débarrasser des matières glaireuses et acides qu'il renfermait ; puis nous avons prescrit un régime composé d'œufs, purées de légumes, laitage, pain grillé ; peu de boisson, pas de vin, pas de viande, pas de potages liquides. En fait de médicaments nous n'avons ordonné que de l'eau de Vichy à la dose de 2 verres par jour ; une poudre absorbante légèrement opiacée ; quelques frictions toniques sur la région de l'estomac ; un lavement simple tous les matins pour combattre la constipation.

Sous l'influence de ce traitement, et du repos complet que le malade a trouvé à l'hôpital, les symptômes pénibles n'ont pas tardé à se calmer. Il n'y a plus eu de vomissements, les douleurs gastriques sont moins vives, les digestions plus faciles. Ce matin même vous avez pu constater que le bruit de clapotage était plus difficile à provoquer et se produisait dans des limites plus restreintes : l'estomac tend évidemment à revenir sur lui-même. Mais ce n'est là qu'une guérison apparente ; nous savons par l'expérience de beaucoup de cas semblables, que si le régime était abandonné, ne fût-ce qu'un jour, on verrait aussitôt tous les accidents reparaître.

Nous avons actuellement dans le service un autre spécimen de la même affection, mais à un degré moins avancé. C'est une femme de 45 ans, qui est couchée au n° 13 de la salle Axenfeld. Chez elle le début des accidents gastriques remonte à deux ans seulement. A cette époque elle a été assaillie par les plus pénibles épreuves physiques et morales : elle a eu son mari longtemps malade, et elle a fini par le perdre ; après sa mort, elle a souffert de privations cruelles, souvent dénuée de tout, n'ayant que des repas irréguliers, et obligée de se contenter d'aliments avariés ou indigestes. C'est depuis lors que ses digestions sont devenues mauvaises, qu'elle a commencé à éprouver des troubles fonctionnels très analogues à ceux de notre premier malade : éructations gazeuses, pyrosis, ballonnement épigastrique, douleurs stomacales sourdes et continues, ou revenant par crises quatre ou cinq heures après chaque ingestion alimentaire. Elle n'a pas eu de vomissements jusqu'ici, mais souvent des nausées ; elle se plaint de constipation habituelle. Il y a trois mois, elle est entrée à la Charité ; elle y a été soignée par le repos, les révulsifs au creux de l'estomac, la teinture de noix vomique à l'intérieur. Grâce à ces remèdes, et à un régime alimentaire reconstituant, elle se trouvait assez bien, il y a quinze jours, pour réclamer sa sortie. Mais une semaine de misère et de mauvaise nourriture a suffi pour ramener tous les accidents.

Au moment de son entrée dans le service, cette femme paraît amaigrie, pâlie, sans teinte subictérique ni cachectique particulière. L'estomac est flasque, dilaté, clapote facilement, mais il descend beaucoup moins bas que chez notre premier malade, et ne se dessine pas à la vue.

En dehors des troubles dyspeptiques, on ne trouve rien du côté des autres organes ; on constate seulement certaines lésions du squelette qui présentent de l'intérêt, en raison de leur ressemblance avec les *nodosités phalangiennes* signalées par M. Bouchard comme une des conséquences ordinaires de la dilatation de l'estomac. Chez cette femme, en effet, les articulations des premières phalanges des doigts avec les secondes offrent une tuméfaction très marquée, presque exclusivement due à l'hypertrophie des tubercules latéraux de l'extrémité supérieure des deuxièmes phalanges. Mais notre malade assure que ces nodosités sont bien antérieures à sa maladie actuelle ; à son dire, elles seraient consécutives à une attaque de rhumatisme articulaire datant de dix ans, et qui aurait atteint presque toutes les jointures : en fait, l'articulation métacarpo-phalangienne des deux pouces, celle de l'index à droite, celle du petit doigt à gauche, présentent une déformation analogue ; il existe en outre un peu de tuméfaction des poignets avec ankylose fibreuse, incomplète, et d'autre part le genou droit est le siège de craquements, et porte de nombreuses traces de pointes de feu. Il est donc difficile d'admettre que les nodosités phalangiennes soient ici subordonnées aux troubles gastriques, et il semble plus probable qu'il s'agit d'une simple coïncidence.

D'ailleurs, chez notre malade, l'affection stomacale est évidemment encore à son début, s'il en faut juger par la facilité avec laquelle les symptômes se modifient. Nous n'avons même pas eu à instituer un régime systématique : il a suffi de prescrire du repos, des gouttes amères, de l'eau de Vichy aux repas, un régime substantiel sans vin rouge, et en peu de jours nous avons vu les digestions devenir plus régulières, moins pénibles, le clapotage diminuer et disparaître. Actuellement l'estomac examiné le matin à jeun paraît normal. Dans le cas qui nous occupe il y a donc atonie gastrique, paresse et flaccidité de l'estomac, plutôt que dilatation véritable. Les troubles fonctionnels sont encore intermittents : quelques soins, une bonne hygiène les font aisément disparaître ; abandonnés à eux-mêmes ils ne tarderaient guère à devenir permanents, comme chez notre premier malade, et ils finiraient par aboutir à la grave maladie dont je veux vous tracer brièvement le tableau.

Il n'y a pas longtemps que cette maladie est bien connue : jusqu'à une époque très voisine de la nôtre, la physiologie de l'estomac, envisagé comme réservoir contractile, ne préoccupait pas les médecins : on n'envisageait les dyspepsies que par le côté chimique, et vu l'état peu avancé de la chimie biologique, la plus grande confusion régnait dans les idées ; chacun avait sa théorie et s'efforçait d'y plier les faits. De temps en temps, parmi les trouvailles d'autopsie, on signalait un estomac dilaté, prodigieusement augmenté de volume, mais en l'absence d'observations cliniques suffisamment précises, ces constatations n'avaient et ne pouvaient avoir qu'un intérêt de pure curiosité.

Duplay père, en 1833, fut un des premiers à étudier les signes cliniques de la dilatation de l'estomac et à en rechercher les causes ; dans son mémoire publié par les *Archives de médecine*, il sépara explicitement la dilatation paralytique de celle qui est due à une obstruction du pylore.

Digitized by Google

Plus tard, en 1869, Kussmaul, par l'invention de la pompe gastrique, fit faire un pas considérable à l'étude des dyspepsies. En étudiant les altérations des liquides de l'estomac, il fut amené à reconnaître la fréquence de la dilatation atonique de ce viscère, et à signaler l'importance de ce phénomène dans la pathologie de la digestion. Après lui Penzoldt, Leube, d'autres encore, ont consacré à l'ectasie gastrique des travaux importants.

Mais c'est au professeur Bouchard surtout qu'on doit d'avoir montré la fréquence de la dilatation de l'estomac envisagée comme entité morbide distincte. Dans un ouvrage dès maintenant classique (*Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies*), il a mis en relief les causes déterminantes de l'ectasie gastrique, et il a fait voir comment ce simple trouble fonctionnel, en favorisant l'altération des sucs digestifs, peut provoquer une longue série de phénomènes morbides, presque tous imputables à l'empoisonnement chronique de l'organisme par les matières alimentaires putréfiées. Le tableau qu'il a tracé de ce syndrome clinique est si neuf et si saisissant, qu'on a pu avec raison désigner la dilatation de l'estomac sous le nom de maladie de Bouchard.

Comme il arrive toujours, les élèves ont dépassé la pensée du maître, et il n'est presque pas un trouble morbide coïncidant avec la gastrectasie, qu'on n'ait voulu mettre sous la dépendance de celle-ci : il faut nous garder de telles exagérations. D'autre part, dans la plupart des ouvrages récents, on s'est attaché exclusivement à dépeindre les phases avancées de la maladie, sans s'inquiéter de son début ni de ses périodes initiales. Or la dilatation de l'estomac ne s'établit pas brusquement : elle commence par un simple trouble fonctionnel, une atonie de l'organe qui se contracte lentement, paresseusement, qui parfois semble se paralyser sous l'influence d'une cause accidentelle, mais qui recouvre ensuite son énergie et finit, tant bien que mal, par évacuer son contenu dans l'intestin. Plus tard, seulement, à l'atonie nerveuse succède la paralysie complète : alors la tunique musculaire, frappée d'inertie, ne revient plus sur elle-même, alors l'estomac ne se vide que par regorgement, et chaque digestion empiétant sur la suivante, la chimie alimentaire est continuellement et profondément troublée. Plus tard encore, la stagnation des matières fermentées et irritantes détermine des lésions matérielles irréparables des parois de l'estomac, de la gastrite scléreuse, des ulcérations, des hémorrhagies : c'est la période terminale de la maladie, celle où apparaissent les accidents graves qui ont souvent fait confondre la dilatation de l'estomac avec le cancer.

Telles sont les phases successives de cette affection, dont on n'observe la plupart du temps qu'une période isolée, chez les malades de l'hôpital, mais que le médecin praticien peut suivre, depuis le début jusqu'à la fin, dans sa clientèle privée.

Quelles sont les causes de ce complexus morbide si fréquent que M. Bouchard assure l'avoir constaté plus ou moins nettement chez un tiers des sujets? Il faut distinguer soigneusement les causes prédisposantes des causes déterminantes : les premières sont peut-être celles qui ont le plus d'influence. Au premier rang des causes prédisposantes il faut placer l'hérédité : on a observé souvent que les enfants des dilatés ont une grande tendance à la même maladie. Il y a chez eux une véritable débilité fonctionnelle analogue à celle qu'on relève dans certaines familles pour le cœur, le foie, d'autres organes encore. — Puis vient la prédisposition acquise, surtout fréquente dans la classe pauvre : mauvaise hygiène de la première enfance, élevage au biberon avec du mauvais lait, sevrage prématuré, abus précoce des farineux et d'autres aliments indigestes. L'estomac forcé à cette période peu avancée de son développement, s'en ressentira toujours, il sera atone et paresseux pour la vie.

Ainsi prédisposé à la dilatation, l'organe gastrique néanmoins fonctionne, d'une manière un peu faible et lente il est vrai, encore assez cependant pour remplir sa tâche. La maladie existe en puissance, mais elle ne se déclarera que si une circonstance fortuite vient à rompre l'équilibre instable de l'appareil digestif, en imposant à l'estomac un travail au-dessus de ses forces, ou en paralysant (ce qui revient au même) l'énergie nerveuse déjà précaire de ce réservoir contractile.

Cette circonstance accidentelle, qui joue le rôle de cause déterminante, c'est presque toujours une faute d'hygiène alimentaire : repas lourds et indigestes, trop copieux, ingérés précipitamment (d'où mastication insuffisante), trop rapprochés ou trop éloignés, ou pris à des heures irrégulières ; courses forcées immédiatement après le repas, entravant la digestion, ou préoccupations morales qui paralysent l'estomac. — Ces conditions fâcheuses, on le conçoit, se rencontrent surtout chez les habitants des villes, qu'ils appartiennent aux classes ouvrières ou aux professions dites libérales : aussi la dilatation de l'estomac est-elle beaucoup plus fréquente chez les citadins que chez les campagnards.

Les effets de la mauvaise hygiène alimentaire sont d'abord peu accusés ; ils sont à peine remarqués des malades, qui persistent dans leurs habitudes vicieuses. Mais peu à peu les troubles digestifs s'accentuent, et s'aggravent par leur répétition même. L'estomac, sans cesse troublé dans sa fonction, se relâche, devient paresseux ; ses contractions sont lentes, irrégulières, le brassage des aliments se fait mal, l'évacuation du chyme dans l'intestin est tardive et incomplète. Ainsi se constitue graduellement un état morbide bien connu sous le nom de *dyspepsie atonique*, et qui n'est autre chose que la première période de la maladie de Bouchard.

L'estomac, dans cette phase initiale, n'est pas encore irrémédiablement dilaté ; anatomiquement sa musculature est intacte. Mais son énergie contractile est affaiblie : au lieu de trois ou quatre heures pour venir à bout d'un repas, il lui en faut sept ou huit ou davantage. La bouillie alimentaire, ainsi stagnante, et imparfaitement imbibée de suc gastrique, a le temps d'entrer en fermentation, de subir un commencement de décomposition putride. Souvent les résidus altérés sont encore dans l'estomac au moment du repas suivant, dont la digestion, viciée dès son début, est ainsi rendue encore plus imparfaite et plus difficile.

Les effets d'un tel processus sont aisés à concevoir ; c'est d'abord une production exagérée de gaz qui distendent l'estomac, tiraillent les plexus nerveux et déterminent, par action réflexe, toute une série de troubles variés dans la sphère du pneumogastrique ; puis la formation d'acides divers (acide lactique, acé-

Digitized by Google

tique, acides gras) qui irritent, qui offensent les parois de l'estomac, provoquent des réactions douloureuses et parfois de véritables accès gastralgiques; enfin le développement de toutes sortes de matières toxiques, de véritables ptomaïnes engendrées par la décomposition des résidus alimentaires et surtout des substances azotées. Ces poisons absorbés par l'intestin exercent d'abord leur action délétère sur le foie, qu'ils irritent et congestionnent; puis la barrière hépatique devenant insuffisante, ils sont charriés avec le sang dans la grande circulation et impressionnent à la fois le système nerveux, la peau, la muqueuse respiratoire et les reins. (*à suivre.*)

REVUE GÉNÉRALE

MÉDECINE

Des névrites (1)

B. La névrite périphérique à forme *généralisée* présente des différences curieuses à bien connaître, suivant qu'il s'agit de la variété dite *mixte*, dans laquelle les symptômes paralytiques et atrophiques s'accompagnent de troubles sensitifs, de la variété motrice, ou encore de la variété sensitive proprement dite.

a. Névrite à forme motrice. Ses caractères cliniques sont de trois sortes : tantôt, par la rapidité de son évolution et l'intensité des phénomènes paralytiques, elle rappelle le tableau symptomatologique de la paralysie ascendante aiguë de Landry ; tantôt, elle ressemble à la paralysie générale spinale antérieure subaiguë de Duchenne (de Boulogne), tantôt enfin, elle pourra être confondue, par la lenteur de son évolution, avec une atrophie musculaire progressive.

1° Un individu est pris subitement, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, de la diphtérie, ou dans le cours d'une intoxication : alcool, arsenic, de parésie des pieds et des jambes, bilatérale, symétrique, précédée et accompagnée de douleurs vives, lancinantes. Il y a de la fièvre, de l'insomnie, une anorexie absolue. La parésie augmente et devient bientôt une véritable paralysie, flasque, sans contracture. Des troubles sensitifs divers accompagnent la maladie : engourdissements, refroidissements, fourmillements, surtout à la périphérie des membres. Les troncs nerveux sont douloureux à la pression, surtout au niveau des articulations. Au bout de deux à quatre jours, la paralysie s'étend aux mains, et affecte une marche ascendante, gagne la racine des membres, s'étend aux muscles de la cuisse, des épaules, enfin, à ceux de l'abdomen, du dos, du thorax.

Bientôt il survient une atrophie rapide, avec diminution, puis abolition de la contractilité faradique des nerfs et des muscles, de la « réaction de dégénérescence ». Les reflexes tendineux sont abolis ; les extrémités sont cyanosées et refroidies. On a observé encore des troubles trophiques variables : adipose sous-cutanée, état lisse de la peau, développement exagéré des poils. La paralysie s'étend aux muscles du thorax et de l'abdomen, au diaphragme, et le malade peut mourir asphyxié quelques jours après le début de l'affection. Mais la guérison cependant s'observe dans un grand nombre de cas, et après une période d'état stationnaire, tout s'amende, la paralysie et l'atrophie disparaissent.

Comme on le voit, par la rapidité de son évolution, la maladie peut être confondue avec la *paralysie ascendante aiguë* ou *maladie de Landry*; nous verrons plus loin comment ces deux maladies peuvent être distinguées l'une de l'autre.

2° Dans d'autres circonstances, à la suite de causes infectieuses ou toxiques, dothiénenterie, diphtérie, arsenic, plomb, etc., la névrite périphérique, apyrétique et à évolution plus lente, se présente avec les caractères habituels de la *paralysie générale spinale antérieure subaiguë* de Duchenne. La paralysie débute par les extrémités des membres; elle s'accompagne d'atrophie musculaire, de troubles sensitifs peu marqués, de perturbations dans les réactions électriques, d'intégrité des sphincters; elle gagne peu à peu les membres, l'abdomen, même le diaphragme. Plus rarement, on note des paralysies des nerfs crâniens : facial, oculo-moteurs, hypoglosse et pneumo-gastrique.

b. Névrite à forme sensitive. — Dans cette forme de la maladie, les troubles moteurs consistent simplement en une parésie musculaire, avec ou sans atrophie des muscles ; mais ce qu'on rencontre, ce sont des accidents douloureux, des troubles de la sensibilité et de l'incoordination motrice; l'analogie avec l'ataxie locomotrice est parfois considérable, à la rapidité d'évolution près.

Les douleurs dont se plaignent les malades, ont la plus grande analogie avec les douleurs fulgurantes : elles occupent surtout les membres inférieurs, passagères, souvent paroxystiques, suivant le trajet d'un tronc nerveux. Elles sont accompagnées de perturbations diverses de la sensibilité : picotements, fourmillements, brûlures, ou encore par des anesthésies ou du retard dans la transmission des impressions. Le signe de Romberg, l'incoordination motrice, l'abolition du réflexe rotulien, la perte du sens musculaire, peuvent être rencontrés également; il en est de même de certaines paralysies oculaires.

La démarche du malade peut être ataxique également : aussi cette paralysie, qui présente la plus grande ressemblance avec le tabes dorsal, est-elle désignée sous le nom de *pseudo-tabes*, mais elle diffère surtout de l'ataxie locomotrice, par son pronostic qui est généralement favorable. On conçoit combien il est important d'établir le diagnostic différentiel des deux maladies, et on verra plus loin que cette tâche est souvent délicate.

Dans un grand nombre de cas cependant, la démarche des malades ne relève point d'une incoordination motrice, mais de phénomènes paralytiques portant sur certains groupes de muscles : les extenseurs de la jambe et des orteils. Le plus souvent, en effet, à l'état de repos, les pieds ont pris l'aspect du pied-bot équin ; c'est un pied tombant, *foot drop* des Anglais. Il en résulte que dans le pseudo-tabes, si on essaie de faire marcher le malade, il présente la « démarche du Steppeur » : les genoux fléchissent à l'excès, les cuisses s'élèvent plus que de raison, et, en retombant sur le sol, le pied frappe d'abord par son extrémité et ensuite avec le talon, de sorte que l'on entend distinctement deux chocs successifs. Le véritable ataxique, au contraire, lance en avant son membre inférieur étendu, presque sans fléchir le genou, et le pied retombe sur le talon, en produisant un bruit unique.

En présence des caractères cliniques si complexes des névrites périphériques, on comprend, facilement, que les éléments du *diagnostic* doivent être recherchés dans la marche, l'évolution, l'ensemble des caractères symptomatologiques, et surtout dans l'étiologie de l'affection.

D'après les formes cliniques de la maladie que nous avons tenté d'esquisser, on voit que les affections qui présentent le plus d'analogie avec elle, sont la paralysie ascendante aiguë ou maladie de Landry, la paralysie

(1) Fin : Voir no 10, (5 mars 1890).

Digitized by Google

générale spinale antérieure subaiguë de Duchenne, la myélite centrale aiguë et le tabes dorsal.

a. De la maladie de Landry débute en général d'une façon brusque, par un affaiblissement dans les extrémités inférieures, augmentant rapidement d'intensité, et s'étendant bientôt aux muscles des cuisses, de l'abdomen, du thorax, puis aux extrémités supérieures, les mains, les avant-bras, les bras et les épaules. Elle envahit les muscles du cou, de la face, du larynx, du pharynx, de la langue, et le malade meurt par asphyxie. L'étiologie de l'affection est complexe : spontanée ou survenant dans le cours ou la convalescence de la dothiénentérie, de la variole, de la pneumonie. Jusqu'ici, les caractères que nous assignons à la maladie de Landry, se rapprochent singulièrement de ceux que nous rencontrons dans les névrites périphériques. Mais voici quelques phénomènes indiqués déjà par Landry, qui présentent quelque chose de particulier : nous voulons parler de l'absence de troubles de la sensibilité et de perturbations dans la contractilité électrique.

Malheureusement, ces caractères peuvent se rencontrer également dans quelques cas de névrites ; bien plus, l'analogie entre la maladie de Landry et les névrites, peut aller jusqu'à l'identité presque complète dans les lésions anatomiques, telles sont les observations de Pitres et Vaillard notamment. Toutes ces raisons militent singulièrement en faveur de cette opinion, que certains cas, sans oser encore dire tous, que certains cas, disons-nous, de paralysie ascendante aiguë de Landry, sont certainement de nature périphérique (Leyden).

b. Non moins difficile est le diagnostic différentiel des névrites périphériques, avec la *myélite aiguë centrale*. On s'appuie en pareil cas sur les faits suivants, que dans les névrites, il y a conservation à peu près constante des fonctions du rectum et de la vessie (1), et participation possible à la paralysie, des muscles de la face ou des yeux. Dans la myélite aiguë, au contraire la mort arrive avant que la lésion atteigne le noyau du nerf facial. Peut-être aussi dans les cas de névrite y a-t-il sensibilité à la pression des troncs nerveux ?

Cependant, il faut bien avouer que dans le plus grand nombre des cas, nous ne possédons pas encore les éléments suffisants du diagnostic différentiel. En effet, les troubles moteurs et sensitifs sont les mêmes dans les deux cas, et la progression de l'affection se fait de bas en haut. L'étiologie des deux maladies est identique : début aigu spontané avec évolution à caractère infectieux, ou bien consécutif à un refroidissement intense, ou encore dans le cours ou la convalescence des maladies aiguës.

Faut-il donc persister à séparer deux affections dont l'identité paraît absolue ? Ne serait-il pas plus logique, en raison même de leur étiologie commune, de les considérer comme deux maladies extrêmement voisines, résultant de l'action, tantôt sur le système nerveux périphérique, tantôt sur le système nerveux central d'un seul et même agent pathogène, virulent, infectieux ou toxique ? (Déjerine-Klumpke). Pourquoi ne pas admettre que dans certaines circonstances particulièrement graves, par la qualité ou la quantité de l'agent morbide, le système nerveux central puisse être affecté comme le système périphérique ? Le plus souvent, ce dernier est seul touché et l'évolution de la maladie marche vers la guérison ; mais si la marche prend une nature suraiguë, les muscles respiratoires sont envahis, et le malade meurt par asphyxie.

Dans l'immense majorité des cas décrits par Duchenne sous le nom de *paralysie générale, spinale, antérieure, subaiguë*, il est impossible de ne pas reconnaître le complexus symptomatique propre aux névrites périphériques ; on peut donc conclure hardiment que les deux affections n'en font vraisemblablement qu'une seule.

c. Les névrites périphériques à forme sensitive, peuvent être confondues avec le *tabes dorsal*. Les douleurs fulgurantes, les troubles de la sensibilité, le retard dans la transmission, l'abolition du réflexe rotulien, le signe de Romberg, peuvent se rencontrer dans les deux maladies. Le diagnostic différentiel, parfois fort délicat, reposera sur le caractère de certains symptômes et sur l'évolution de la maladie, très différente dans les deux cas.

Le myosis et le signe d'Argyll Robertson n'ont pas été, en général, rencontrés dans les cas de névrite (1) : de plus dans cette dernière affection, le malade n'a point d'incoordination motrice vraie, il ne talonne point, il marche en steppeur ; nous avons suffisamment insisté sur ce point important, en décrivant les caractères cliniques des névrites, pour qu'il ne soit point nécessaire d'y revenir. Mais il existe encore d'autres points de diagnostic différentiel. Les paralysies des muscles de l'œil sont relativement rares dans le *pseudo-tabes*, alors qu'il est exceptionnel qu'elles n'aient pas existé, ne fût-ce que pendant quelques jours, chez le tabétique vrai.

Dans un autre ordre de faits, il faut rappeler que l'ataxique ne perd sa force musculaire qu'à une période tardive de la maladie, tandis que le faux ataxique est privé de bonne heure de sa vigueur musculaire : lorsqu'il est couché, il peut à peine soulever le talon au-dessus du plan de sustentation.

Nous avons dit que les douleurs fulgurantes étaient communes aux deux maladies ; mais elles sont limitées chez le pseudo-tabétique à l'extrémité des membres inférieurs et n'existent pas aux membres supérieurs. Quant aux douleurs en ceinture, habituelles dans l'ataxie locomotrice, elles n'ont pas été, jusqu'ici, signalées dans le pseudo-tabes. La perte du sens musculaire y est exceptionnelle. Les troubles de l'ouïe, assez ordinaires dans la sclérose des cordons postérieurs, font défaut dans le faux tabes, ainsi que toutes les manifestations douloureuses viscérales : telles que les crises gastriques, rénales, rectales, laryngées ; les troubles génitaux et urinaires existent dans les deux cas, mais à titre exceptionnel, dans les paralysies par névrites. Enfin, lorsqu'il s'agit d'un pseudo-tabes d'origine alcoolique, on peut remarquer que les phénomènes douloureux rappellent les illusions ou les hallucinations du alcoolique, puisqu'elles sont comparées à des morsures ou à des égratignures faites par des animaux, qu'elles ont leur maximum de fréquence durant la nuit.

Ces divers éléments de diagnostic ont une valeur de premier ordre, cela est incontestable, cependant il en est un qui prime tous les autres, c'est l'évolution de la maladie.

Le tabes dorsal demande des mois et des années pour arriver à son apogée, devient une arrêté dans sa marche envahissante ; le pseudo-tabes, au contraire, s'affirme dès les premiers jours et en quelques semaines atteint son complet développement. En outre, si la cause qui l'a engendré, l'alcoolisme, par exemple, vient à disparaître,

(1) Disons cependant que dans un cas de paralysie alcoolique par névrite, il y eut paralysie de la vessie (Charcot).

(1) On a noté ce symptôme dans la paralysie alcoolique (Brissaud).

Digitized by Google

les accidents s'amendent et disparaissent même complètement, pour réapparaître, si le patient a repris ses habitudes d'intempérance.

En général, le *pronostic* des névrites périphériques est favorable ; la maladie se termine par guérison le plus souvent. Toutefois, dans certaines formes à évolution très rapide, rappelant la paralysie ascendante aiguë, la mort peut survenir dès les premiers jours par extension de la paralysie au diaphragme, aux muscles intercostaux, au nerf pneumogastrique. La mort survient alors par asphyxie.

Un des points les plus importants à bien connaître à ce sujet est l'état des réactions électriques. Aussi longtemps que la contractilité faradique ou galvanique est conservée même très légèrement, on peut affirmer que le muscle reprendra sa fonction. Au contraire, la disparition de la contractilité électrique est d'un pronostic sérieux : le malade pourra reprendre l'usage de ses membres, mais on observera dans certains groupes musculaires une perte de la contractilité volontaire, se prolongeant durant un temps fort long et entraînant à sa suite des rétractions musculaires avec impotence fonctionnelle plus ou moins étendue.

Le *traitement* des névrites périphériques et des paralysies qui en sont la conséquence, doit d'abord s'efforcer de supprimer ou tout au moins, d'atténuer les causes provocatrices de la maladie, quand cela est possible, comme dans les névrites d'origine toxique, par exemple : alcool, plomb, mercure, arsenic, etc. Lorsque cela aura été fait, tous les efforts du médecin tendront à enrayer les progrès de la paralysie et surtout de l'atrophie musculaire en rappelant la contractilité du muscle. Dans ce but, le meilleur moyen à employer est l'électro-thérapie ; mais ici apparaissent de profondes divergences d'opinion entre les différents auteurs.

En France, la majorité des cliniciens met en œuvre les courants d'induction. Leur pratique, empruntée à Duchenne de Boulogne, se résume en ces deux points: faire usage du courant à gros fil avec des intermittences rapides et à un degré aussi intense que possible, dirigé de préférence sur les muscles dont la contractilité et la sensibilité électriques sont le plus affaiblies ; répéter les séances tous les deux jours, et ne pas les prolonger plus de dix minutes.

En Allemagne, au contraire, les courants continus sont mis en usage d'une façon presque exclusive.

L'électricité statique a été employée en France, dans ces derniers temps, avec un réel succès, dans le traitement des paralysies par névrite, dans le saturnisme et l'intoxication alcoolique, mais son emploi ne s'est pas encore généralisé d'une façon suffisante.

Dès que la contractilité sera revenue, l'électrothérapie trouvera de solides auxiliaires dans le massage, la flagellation, les frictions excitantes, et quelquefois l'aqupuncture ; dans d'autres cas, l'hydrothérapie ou les bains sulfureux seront justement préférés. Il est encore utile de compléter le traitement, par une médication interne, empruntée à la strychnine, au phosphore, aux préparations iodurées.

L'usage de certaines eaux minérales, employées en bains, douches, par exemple celles de Bourbon-l'Archambault, et de La Malou donnent de bons résultats.

Enfin, les paralysies toxiques ou infectieuses par névrites périphériques nécessitent parfois une intervention chirurgicale (ténotomie) pour remédier aux difformités résultant de la rétraction musculaire, ou de la formation d'adhérences au voisinage des gaînes tendineuses.

Dr Ernest Barié,
Médecin des hôpitaux.

LE DIAGNOSTIC DES MALADIES

REVUE BI-MENSUELLE DES CLINIQUES

MÉDECINE

Hôpital de la Pitié. (Service de M. Jaccoud) : I. *Ictère et lithiase biliaire, pronostic de la lithiase biliaire.* — **Hôpital Necker.** (Service de M. Rendu) : II. *Sclérose hépatique par lithiase biliaire ; diagnostic d'une hypertrophie du foie.* — **Hôpital de la Charité.** (Service de M. Potain). — III. *Traitement de la cirrhose hypertrophique du foie avec lithiase biliaire.*

I. Ictère et lithiase biliaire ; diagnostic et complications de la lithiase biliaire. — Douleurs, vomissement, ictère ; c'est une triade symptomatique. Sur son existence, on se fonde, d'ordinaire, pour formuler le diagnostic des coliques hépatiques.

Il y a cependant des exceptions, — d'ailleurs ne l'a-t-on point dit ? — la clinique vit d'exceptions. Dans l'espèce quelles sont-elles ?

M. Jaccoud appelait dernièrement l'attention sur l'une d'elles. En voici un exemple :

Une femme de quarante-quatre ans, — c'est l'âge et le sexe qui prédisposent aux coliques hépatiques, — occupait dans son service le n° 23 de la salle Laënnec. Son teint et ses urines étaient ictériques depuis quinze jours. La veille du jour où cette jaunisse apparut, elle avait accusé des douleurs vives dans l'hypochondre droit : le lendemain elle éprouvait des vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux. Plus de doute: douleurs, vomissements, ictère: c'est la triade symptomatique. Ce diagnostic étiologique s'impose : il s'agit de lithiase biliaire et de coliques hépatiques.

Etait-ce la première attaque : Non depuis sept années, cette malade a éprouvé des douleurs dans le côté droit de l'abdomen, avec irradiations intercostales ou scapulaires et avec accompagnement de vomissements. Ces phénomènes se répétaient par attaques. Sous le rebord costal, il existait bien un endolorissement permanent, mais l'ictère faisait défaut.

Les deux premiers termes de la triade symptomatique existent: le troisième manque; quel doit être ce diagnostic rétrospectif? A ces deux caractères seuls peut-on reconnaître une attaque de coliques hépatiques ?

Oui : et ce serait une erreur de le nier en s'appuyant sur l'absence de l'ictère.

Les douleurs sont constantes : les vomissements manquent rarement, si la douleur est vive et si l'attaque survient dans les deux ou trois premières heures qui suivent les repas; par contre, l'ictère peut faire défaut.

Existe-t-il? La physiologie pathologique l'explique par la présence d'un calcul obstruant les canaux biliaires, le canal hépatique ou le canal cholédoque. Manque-t-il? C'est que ces derniers canaux sont libres et que le canal cystique est obstrué ; en résumé, la valeur du symptômes ictère, n'est pas absolue pour le diagnostic différentiel d'une attaque de coliques hépatiques ; elle est relative tout au plus, ajouterais-je, pour distinguer l'obstruction de l'une ou de l'autre des voies biliaires.

Au reste : cette difficulté de diagnostic n'est pas la

Digitized by Google

seule. Un symptôme unique peut aussi exister : l'ictère, et ce symptôme se manifeste sans phénomènes précurseurs, sans douleurs et sans vomissements. Jusqu'alors, la cholélithiase avait été muette et silencieuse ; il a fallu l'obstruction lithiasique du canal cholédoque pour provoquer la jaunisse et l'apparition de cet ictère révélateur pour faire soupçonner les calculs biliaires.

Tels sont les faits ; ils diffèrent des descriptions classiques. Au lit du malade, on peut donc avec M. Jaccoud systématiser les cas.

1° Il y a des cas de lithiase biliaire sans coliques hépatiques, mais avec ictère, c'est *la lithiase biliaire de forme latente* et qui reste telle, jusqu'au moment où l'obstruction biliaire se produit.

2° Il y en a d'autres, dont la symptomatologie est plus nette. Ce sont les cas de *lithiase biliaire avec coliques hépatiques* accompagnées ou non d'ictère.

3° Enfin, troisième groupe de cas qui sont loin d'être exceptionnels, les calculs biliaires révèlent leur présence par des troubles gastro-intestinaux : ce sont des cas de *lithiase biliaire avec coliques hépatiques à forme dyspeptique*, et des cas de *lithiase biliaire avec coliques hépatiques pseudo-gastralgiques*, sur lesquels j'ai entendu M. H. Huchard insister volontiers dans ses conférences cliniques de l'hôpital Bichat.

Après ces difficultés du diagnostic, voici celles du pronostic. Elles ne sont pas moindres. En effet, le pronostic doit être réservé : deux dangers, dont on ne se préoccupe pas assez, menacent le cholélithiasique, l'angiocholite et l'oblitération du canal cholédoque.

L'apparition, quelques jours après une attaque, d'un mouvement fébrile continu avec rémissions, ou bien d'accès intermittents vespéraux, sera en rapport avec l'inflammation secondaire des canaux biliaires. Mais ici encore, il faut distinguer. Si la fièvre est l'exception pendant les attaques de coliques hépatiques, elle peut aussi, Frerichs l'a montré, les accompagner, quand les douleurs, les vomissements et les troubles gastriques réflexes sont intenses. Cette fièvre est contemporaine de l'attaque : celle de l'angiocholite secondaire est plus tardive ; elle se déclare après l'attaque ; la différence entre le moment où le mouvement fébrile apparaît est donc un élément important du diagnostic.

Une angiocholite suppurative peut devenir rapidement mortelle; chacun le sait. Elle peut le devenir encore à moins brève échéance, par la répétition des accidents inflammatoires. Alors, les canaux biliaires se dilatent, le parenchyme hépatique est comprimé. Des altérations trophiques et, terminaison possible sinon fatale, l'ictère grave en résultent. C'est tout dire.

Et l'oblitération du canal cholédoque. On doit la redouter à chaque attaque. La persistance de la jaunisse et la décoloration permanente des selles en sont les symptômes. Leur durée excède-t-elle six ou huit semaines? L'oblitération est vraisemblablement définitive, l'existence du malade compromise et, d'après M. Jaccoud, sa survie ne dépassera pas trois années ; il succombera dans le miasme, à moins d'autres accidents venant précipiter le fatal dénouement.

II. La sclérose hépathique par lithiase biliaire ; le diagnostic d'une hypertrophie du foie. — Parmi les complications de la lithiase biliaire, en voici une autre qui n'est pas moins sérieuse.

M. Rendu recevait dans son service, au commencement de novembre dernier, une femme âgée de quarante-cinq ans, et malade depuis trois années. Elle accusait le dégoût absolu des aliments, quelques douleurs au moment des digestions et des vomissements. L'exploration du foie révélait son hypertrophie : en largeur, il débordait les fausses côtes ; en hauteur, il mesurait 18 à 19 centimètres : quelle était la nature de cette hypertrophie?

C'est toujours là, nul ne l'ignore, un problème difficile à résoudre.

La cachexie, une teinte jaune des téguments, des troubles dyspeptiques, l'hématémèse, coexistent-ils avec l'augmentation chronique du volume du foie? L'idée de cancer vient à l'esprit. On explore le foie : point de bosselures à sa surface, pas de tumeur de l'estomac ou des autres viscères ; les hématamèses sont rouges et non pas noires :... et, isolément considéré, chacun de ces signes n'est point démonstratif. Leur ensemble l'est plus.

On pensera peut-être à un kyste hydatique? Est-il superficiel? On trouve de la rénitence ou de la fluctuation. Est-il profond? la surface du foie résiste, mais les signes de cachexie manquent : un kyste profond peut soulever la masse hépatique : alors la résistance est nulle, et, s'il existe des perturbations gastriques, on admettra sans doute qu'il faut un kyste bien volumineux pour les provoquer par voisinage.

Pas de cancer, point de kyste ; on est conduit par élimination, à discuter l'hypothèse d'une sclérose hypertrophique. Mais, que l'on me pardonne l'expression, il y a sclérose et sclérose ; il faut encore distinguer.

Dans la *sclérose hépatique des alcooliques*, il existe des antécédents. Le facies du malade trahit ses habitudes : les urines sont rares, rouges et sédimenteuses.

La *sclérose hépatique des syphilitiques* n'est pas un accident initial de l'infection ; des accidents la précèdent; il existe des commémoratifs ou des stigmates. La syphilis met sa signature sur le foie comme sur les autres viscères ; et dans l'hépatite syphilitique, le bord de l'organe est irrégulier, inégal et profondément découpé.

Il faut interroger les commémoratifs. Le malade a été atteint de douleurs et d'ictère pendant cinq ou six semaines. Ce symptôme peut remonter à plusieurs années ; plus tard il a éprouvé des accès fébriles intermittents. On ne pouvait invoquer l'impaludisme ; on est donc en droit d'admettre l'hypothèse d'accès fébriles pseudo-intermittents d'origine biliaire et d'une de ces angiocholites secondaire dont, on l'a vu plus haut, M. Jaccoud signale volontiers la gravité.

Mais, dira-t-on alors, il y a donc obstruction des voies biliaires ; comment expliquer l'absence d'ictère, son intermittence ou l'existence du subictère seulement? L'objection est prévue, et on répondra que ce symptôme négatif n'est point de nature à confirmer le diagnostic. Pourquoi? Pour diverses raisons : car d'une part, un calcul, enchatonné même dans le canal cholédoque peut ne pas fermer les voies biliaires d'une manière hermétique et permanente. D'autre part, le canal se dilate parfois, et cette dilatation, comme dans un cas observé par M. Rendu, peut atteindre le calibre de l'intestin grêle. De plus la surface inégale du calcul permettra par moments l'écoulement de la bile entre elle et la paroi du canal.

Digitized by Google

Enfin, dernier argument justifiable par les expériences de M. Gombault, provoquant chez les animaux une sclérose hépatique par la ligature du canal cholédoque, le processus scléreux a pour effet de diminuer la sécrétion biliaire.

Sont-ce là des vues de l'esprit? Non; ici comme dans la symptomologie des coliques hépatiques, la présence, l'absence ou l'intensité de l'ictère ne possèdent donc qu'une valeur relative, si on ne tient pas compte des autres phénomènes morbides.

Après cela, on comprend mieux l'urgence d'examiner attentivement les gardes-robes et d'interpréter avec soin les troubles digestifs, circulatoires et rénaux.

La décoloration partielle et totale des gardes-robes, ses changements variables d'un jour à l'autre, ou après l'ingestion d'un agent cholagogue, enfin, l'association de ces modifications avec l'apparition, la disparition ou la durée de l'ictère font apprécier le degré de perméabilité des voies biliaires, et de fonctionnement de la glande hépatique. Il en est de même des troubles gastro-intestinaux, par défaut de sécrétion biliaire ou par modification réflexe de la sécrétion du pancréas et des glandes stomacales, — c'est-à-dire, en termes plus concis, — de cette *dyspepsie des cholelithiasiques*; dyspepsie chimique, ce me semble, avec impuissance pour digérer les corps gras ou les albuminoïdes, fétidité des selles et constipation.

Que l'on ajoute à ces symptômes, le pouls lent, la raréfaction de l'urée dans les urines, le ralentissement profond de la nutrition, et après avoir reconnu la sclérose hépatique par lithiase biliaire, on lui reservera, cela va sans dire, un pronostic toujours sérieux.

C'est le pronostic de cet état morbide, auquel on donnerait volontiers le nom de *cachexie hépatique*. L'échéance en est fatale, et en formulant le diagnostic, le praticien avisé n'oubliera jamais de rappeler que l'*insuffisance hépatique* dont il relève, peut encore, par des accidents intercurrents, en augmenter la gravité en la rendant moins lointaine.

III. **Traitement de la cirrhose hypertrophique du foie avec lithiase biliaire.** — Du moment que la cirrhose lithiasique existe, qu'elle soit atrophique ou hypertrophique, le thérapeute a des devoirs à remplir. Quels sont-ils? Un maître éminent, M. Potain, insistait dans une de ses savantes leçons de l'année 1880, sur la double indication: 1° *de combattre la lithiase biliaire*, 2° *de traiter la cirrhose hépatique*.

En premier lieu, il faut donc détruire les calculs, faciliter leur évacuation, et, s'il est possible, prévenir leur formation. Voici, l'objectif de cette intervention thérapeutique. M. Potain le réalise, en administrant, de préférence à la médecine classique de Durande, X, XV ou XX gouttes d'éther; cette dose est véhiculée dans une infusion de boldo, et on diminue ainsi les spasmes douloureux. Ajoutons que si M. Potain est partisan de l'éther, M. Jaccoud emploie les perles de térébenthine. En choisissant l'un ou l'autre de ces médicaments, on se souviendra aussi, je pense, que dans la médecine qui porte son nom, Durande les mélangeait l'une à l'autre et prescrivait cette mixture de trois parties d'éther et de deux parties de térébenthine à la dose quotidienne de deux à trois grammes chaque matin.

L'évacuation des calculs sera facilitée par des breuvages abondants et des lavements. Les cures hydro-minérales répondent à cette indication. Quelles eaux faut-il prescrire? Les eaux alcalines, Vichy et Royat! Oui, si la lithiase est récente. Non, si des vaisseaux sont altérés et si l'ictère persiste; car elles pourraient provoquer ces hémorrhagies auxquelles les ictériques sont sujets. Dans ces cas, on recommandera plutôt les eaux légèrement calcaires: Vittel par exemple, ou bien Contrexéville; cette dernière, à la dose quotidienne de une ou deux bouteilles.

Et le régime: point de graisses, point de féculents, proscription des ragoûts et des épices. C'est banal, inutile d'insister.

Il reste à combattre la cirrhose. Contre elle, les moyens médicamenteux sont peu nombreux.

Si la forme est lente, on s'efforcera de la ralentir encore par la médication mercurielle et les douches locales. Si elle est plus rapide, on essayera les revulsifs, les vésicatoires volants et enfin l'emplâtre de Vigo, qui par sa composition remplit le double rôle d'un agent de la médication mercurielle, et comme on l'a dit, d'une sorte de cataplasme résolutif permanent.

CH. ELOY.

REVUE DE CHIRURGIE

Les endométrites et le curage de l'utérus.

Le traitement des endométrites par l'intervention intra-utérine, repris de nos jours avec l'appoint capital de l'antisepsie, a transformé, au plus grand bénéfice des malades, la thérapeutique des affections inflammatoires de l'utérus. Ce traitement s'exécute de diverses façons, dont la plus sûre, la plus efficace, la moins dangereuse, est le curage. Ce mode de traitement a suscité bien des travaux; et bien des objections. La vérité, ici, se trouve entre ces deux opnions extrêmes. Ce mode de thérapeutique donne non-seulement des résultats bons, le plus souvent, excellents fréquemment, merveilleux dans quelques cas, mais à certaines conditions qui avaient déjà été mises en relief par M. Trélat, et qui se dégagent de la discussion qui vient d'être ouverte devant la Société de chirurgie (1).

Le mode opératoire diffère peu. Tous les chirurgiens préparent l'asepsie vaginale. A ce point de vue, nous ferons remarquer que le sublimé au 1/1.00 offre de sérieux avantages, mais il a des inconvénients en particulier, il corrode un peu les parois du vagin qui se rétractent, deviennent dures, papyracées.

On a proposé de lui substituer l'eau naphtolée (40 centigr. de naphtol B par litre d'eau); nous préférons, de beaucoup, la solution de biiodure de mercure au 1/10.000. Sa valeur antiseptique est hors de conteste, son innocuité complète, sa causticité à ce titre nulle. Un certain nombre d'accoucheurs utilisent ces propriétés du biiodure. et il est exclusivement utilisé, depuis plusieurs années, à la clinique chirurgicale de la Charité.

Deux modes de dilatation *peuvent être employés*: la dilatation extemporanée, instrumentale, et la dilatation progressive. Celle-ci peut être faite de diverses manières; la plus commode est certainement l'emploi de la laminaire préparée en tiges de volume variable de 5 à 8, jusqu'à 40 à 50 et plus de la filière Charrière. Après un séjour de 15 jours au moins dans l'éther iodoformé

(1) Voir: Séance du 19 et 26 février dernier, (*Revue générale de clinique et de thérapeutique* n° 9 et 10 de 1890) et un article de M. Picqué, (*Eodem loco*, n. 8).

Digitized by Google

ces tiges sont malléables sans avoir augmenté de volume. Il est facile de les adapter à la direction de la cavité utérine préalablement reconnue par l'exploration digitale et surtout par l'hystéromètre. Cette dilatation progressive doit être préférée ; elle demande 2 à 4 ou 5 jours pour amener une large ouverture, et a l'avantage de ramollir l'utérus, ce qui favorise l'action chirurgicale.

Il est important, pour la facilité d'exécution et pour le succès que cette dilatation soit très-large ; aussi peut-on, comme M. Terrier, la prolonger pendant 5 à 6 jours et plus, en mettant des tiges de plus en plus volumineuses, ou en l'achevant au moment de l'intervention à l'aide de mandrins gradués d'Hégar, ainsi que fait M. Trélat.

Le curage doit être effectué avec la curette de Simon Volkmann ; elle est forte, large, et ne laissera aucun point de la surface qui n'ait été parcouru ; elle doit agir dans le corps et dans le col ; la curette, semblable mais plus petite, et la curette évidée, à tranchant perpendiculaire, improprement appelée curette de Sims et qu'il est plus juste de nommer curette de Trélat, seront utilisées pour aller (*point important*), curer les angles utérins, auxquels il faut donner les soins les plus attentifs.

L'écouvillonnage n'est pas indispensable, losqu'on fait e lavage utérin soigneux. Celui-ci peut-être très-simplement et très avantageusement effectué avec le dilatateur de Busch, entre les branches duquel on introduit, dans l'utérus, la canule étroite, *en verre*, du laveur. Nous nous sommes toujours servi de la sonde de M. Segond construite absolument sur le type de ce procédé.

Le lavage effectué, quelques opérateurs cautérisent avec du chlorure de zinc, ou injectent de la glycérine créosotée. On peut se passer de cela ; de même il n'est pas nécessaire ni de placer un drain dans la cavité, ni de tamponner avec la gaze iodoformée. Le drain favorise l'écoulement des liquides, mais il provoque des contractions utérines. Le tamponnement à la gaze iodoformée a le même inconvénient. Il a l'avantage, dit-on, d'empêcher l'hémorrhagie et d'assurer l'asepsie de l'utérus. Or jamais on n'a observé d'hémorrhagie sérieuse, et l'asepsie peut être assurée par le vagin seul. Aussi peut-on fort bien se contenter d'un pansement vaginal renouvelable à de courts intervalles d'abord ; puis à des espaces de temps plus longs. Il est bon de garder la malade au lit jusqu'à ses prochaines règles, afin de juger après elles du résultat obtenu ; mais on peut fort bien aussi laisser aller les malades une dizaine de jours après le traitement ; soit une quinzaine de jours en tout de séjour au lit.

Au point de vue des indications, nous pouvons dire que toutes les métrites sont justiciables, au moins à un certain moment, du curage de l'utérus. La métrite *cancéreuse*, la métrite *tuberculeuse* elle-même peuvent tout à fait au début, et bien localisées, être améliorées, retardées ou même guéries. Parmi les autres métrites, celles dont la guérison est la plus rapide, sont les métrites *hémorrhagiques* ; à partir de l'intervention, l'écoulement sanguin cesse, même lorsqu'il se présentait dans les plus mauvaises conditions. La métrite *post-puerpérale*, purulente ou muco-purulente, guérit également très bien ; la métrite *blennorrhagique* est plus tenace ; il faut quelquefois répéter le curage pour en avoir raison. Il en est de même de certaines *métrites* de la *ménopause*, métrites douloureuses et rebelles. La présence d'un *polype* sous-muqueux petit n'est pas une contre-indication. Dans un cas de métrite post-puerpérale avec agrandissement très notable (11 centimètres) de la cavité utérine par la présence d'un fibrôme sous-muqueux pédiculé, nous avons, par le curage, emporté la tumeur qui était grosse comme une petite noix, et obtenu la guérison de l'endométrite. En 15 jours, la cavité utérine était revenue à 8 centimètres.

Une variété de métrite peut quelquefois résister cependant au curage ; c'est *l'inflammation localisée dans les glandes du col* et s'accompagnant d'une sécrétion épaisse, jaunâtre et adhérente. Le col est très gros, souvent ectropionné. Pour cette métrite particulière du col, les uns laissent là la curette pour prendre de suite le bistouri et pratiquer la résection par le procédé de Schrœder ou un procédé analogue. Pourtant, en grattant avec énergie à l'aide de la curette, on peut obtenir la guérison. Quelques points d'ignipuncture favorisent singulièrement ce retour. D'ailleurs il sera temps de recourir au couteau, lorsqu'on aura essayé le curage. De même pour les *déchirures du col*, ce n'est que lorsqu'elles sont larges et profondes qu'une opération plastique devient indispensable.

Dans ces limites et avec ces précautions, le curage de l'utérus sera toujours suivi d'un bon résultat. Il n'échouera que lorsqu'il aura été incomplètement fait, lorsqu'il y aura eu infection immédiate, ou réinfection, auquel cas non seulement la métrite peut récidiver, mais encore des complications septiques apparaître. Ces conditions défavorables au succès, il dépend de l'opérateur seul de les éviter. Il pourra échouer du fait de la lésion elle-même ; par exemple dans le catarrhe épais, glaireux du col (Bouilly) ; même dans ce cas, le succès peut être obtenu dans un bon nombre de cas par le curage (Trélat, Terrier). S'il échouait, la résection de cette muqueuse deviendrait indiquée.

Jusqu'ici, en somme, l'accord est à peu près entièrement unanime parmi les opérateurs.

Il cesse, lorsque l'endométrite est compliquée d'ovaro-salpingite. Dans ces conditions, il y a peu de temps encore, on eût déclaré le curage de l'utérus dangereux. Aujourd'hui, on sait que les complications sont d'ordre infectieux, et que, par suite, si le curage est fait aseptiquement, il ne peut ni les aggraver ni les provoquer.

Mais les uns déclarent que s'il y a salpingite ou paramétrite, l'endométrite ne peut être guérie que si l'on fait d'abord l'ablation des annexes par la laparotomie ; les autres, moins hâtifs, déclarent avoir d'abord essayé le curage et, avoir échoué, de sorte qu'ils durent ensuite faire la laparotomie. Néanmoins dans un cas où il y avait complication du côté des annexes, M. Bouilly a eu un succès ; et M. Trélat a obtenu des guérisons dans des cas où il y avait d'une manière manifeste une double ovaro-salpingite. Que faut-il penser en réalité de cette question ? C'est que tout s les salpingites ne sont pas curables par le curage de l'utérus ; lorsqu'elles sont anciennes et que l'*ostium uterinum* est oblitéré. Lorsque la trompe est restée perméable, et que son inflammation est récente, le curage est indiqué, et presque toujours amènera la guérison. La dilatation utérine favorise l'écoulement des sécrétions de la trompe, l'asepsie utérine, créée par le curage, supprime un foyer auquel s'alimentait l'infection, l'amélioration des lésions, dans le plus grand nombre des cas, la guérison absolue dans un certain nombre pourra être obtenue. Nous avons communiqué à la Société médico-pratique (1889) un certain nombre de faits de cette nature, absolument démonstratifs. Les thèses de Mlle H. Finkelstein (de Cantin en 1889), un travail plus ancien de M. Poullet (de Lyon 1888), et un autre de M. Walton (de Bru-

Digitized by Google

xelles 1888), montrent cette influence favorable du curage sur les complications des endométrites, et nous avons montré même que des accidents aigus de pelvipéritonite pouvaient être rapidement guéris par le curage.

En résumé il faut surveiller avec soin les endométrites, car elles sont susceptibles de déterminer des accidents graves ; les traiter dès qu'elles sont reconnues ; considérer le curage comme un excellent mode de traitement, pouvant amener la guérison même de complications périutérines récentes, peu profondes. La laparotomie sera immédiatement indiquée contre les pyo-salpinx anciens, volumineux, menaçant de se rompre ; elle sera moins pressante dans les salpingites invétérées ; il sera bon de la faire précéder du curage de l'utérus.

Dr E. Potherat
Prosecteur à la Faculté.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

OBSTÉTRIQUE

De l'action ocytocique de la quinine : par M. le Dr Atkinson. — Ce mémoire est consacré à discuter les opinions introdictoires des thérapeutes, et à relater les expériences personnelles de l'auteur, qui a voulu élucider cette question, par l'expérimentation sur les animaux (*American Journal of the méd. Sc.* Février 1 90).

Voici les conclusions formulées par M. Atkinson :

1o Les préparations de quinquina ne possèdent pas une action bien définie sur l'utérus, et l'action ocytocique observée parfois après leur administration paraît dépendre d'une idiosyncrasie.

2o Cependant cette action a été constatée le plus souvent chez des sujets débilités, ou après l'injection de hautes doses de quinine.

3o Il faut donc prescrire le quinquina et la quinine, avec la plus grande circonspection pendant la gravidité et en suspendre l'administration, dès la première manifestation de son action excitante sur l'appareil uterin. S. R.

De l'administration de la quinine contre les manifestations paludiques des femmes enceintes, par M. le Dr Merz. — L'emploi de la quinine offre des inconvénients, on le sait, pendant la gestation. Il faut donc, si les accidents palustres sont bénins, préférer le traitement hygiénique, éloignement, changement d'air, quinquina et tonique. (*Bulletin méd. de l'Algérie.* 1er février 1890).

En cas de fièvre grave, on donnera la quinine à fortes doses même en injections hypodermiques : l'abstention pouvant être funeste, « il faut sauver la mère au risque d'une fausse couche ».

Voici les conclusions du mémoire de M. Merz :

1o La quinine peut amener l'avortement dans les trois premiers mois de la grossesse. Elle agit en provoquant la contraction utérine.

2o La quinine ne précipite presque jamais l'accouchement dans les trois derniers mois de la grossesse. Lorsque l'accouchement survient avant terme, il est presque toujours provoqué par l'intoxication paludique, qui agit en tuant le fœtus.

3o L'action de la quinine est peu connue du troisième au sixième mois ; on peut supposer qu'elle devient de moins en moins nocive à mesure que l'âge de la grossesse et la résistance de l'œuf augmentent.

4o On devra, autant que possible, s'abstenir de la donner pendant les trois premiers mois ; sauf dans le cas où le paludisme menace sérieusement la santé ou la vie de la mère.

5o On peut presque toujours donner sans crainte la quinine aux femmes enceintes, à partir du sixième mois, et avec d'autant moins de crainte que l'on s'approche du terme. S. R.

THÉRAPEUTIQUE

Du gaiacol iodoformé dans la bronchite chronique et la tuberculose par M. le Dr Picot. — C'est à titre d'antiseptique et de modificateur des sécrétions broncho-pulmonaires que M. Picot prescrit des capsules contenant chacune cinq centigrammes de guaiacol et trois centigrammes d'iodoforme, à la dose de deux à six par jours. (*Gazette des Sciences méd. de Bordeaux*, 19 février 1899).

M. Picot déclare que cette médication diminue les craquements, l'expectoration et la toux, stimule l'appétit et arrête les hémoptysies chez les phtisiques. Son efficacité est plus grande dans la bronchite chronique puisqu'il tarir les sécrétions et enlève aux crachats leur fétidité.

Cette préparation est toutefois difficilement tolérée par quelques malades. On doit donc la prescrire par doses successivement croissantes. S. R.

REVUE DES LIVRES

Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de Gannat pendant l'année 1888-1889 (Paris, 1889. Lecrosnier).

Quarante-trois années ! Quel bel âge pour une société scientifique libre de toute attache officielle. C'est celui de la vaillante société de Gannat dont ce volume montre bien l'énergique prospérité. Membres nombreux, adhésions toujours croissantes, travaux de haut intérêt, rien ne manque à cette savante compagnie pour maintenir et augmenter une bonne renommée depuis longtemps et si justement acquise.

Parmi les mémoires contenus dans ce volume, on lira avec intérêt ceux de M. *Bousquet*, sur le traitement des fractures de la rotule par les griffes de Duplay : de M. *Ruelle* sur un cas de tétanos, de M. *Pannetier* sur l'anesthésie locale dans la pratique dentaire, de MM. *Lamarellée* sur l'emploi du gaz acide carbonique dans le traitement des maladies des voies respiratoires ; de M. *Florain* (d'Orléans) sur la salive humaine et les propriétés du sulfocyanate de potassium ; de M. *Fabre* sur un cas d'emphysème du cou, de la face et du thorax dans un cas de diphtérie, sur un cas d'empoisonnement par les cantharides, et sur le pemphigus généralisé, etc., etc.

En résumé, il faudrait citer tous les travaux des membres distingués de cette Société qui tous au même titre, s'inspirent d'un sage esprit clinique et de cette passion de la vérité scientifique qui, selon l'heureuse expression de M. Fabre, permet à la savante fédération des medecins de Gannat de prendre et de justifier sa belle devise ; humanité et progrès. Ch. Eloy.

Recherches sur l'indice céphalique de la population corse, par le Dr Fallot. — (Paris 1889, G. Masson).

Ceux de nos lecteurs qui s'intéressent aux recherches anthropologiques trouveront dans ce mémoire des documents intéressants sur l'anthropologie peu connue de la Corse. M. Fallot est un travailleur infatigable, qui consacre ses loisirs de praticien et de professeur à des études dont on admire volontiers la précision et l'esprit scientifique.

Cette brochure est consacrée à des recherches sur l'indice céphalique, et se termine par un démenti aux affirmations hasardées des linguistes et des géographes, sur l'absence de l'élément ligure dans la population de la Corse. M. Fallot formule donc les conclusions suivantes, dont l'importance anthropologique est, on ne saurait le nier, considérable.

1o La population de la Corse, étudiée au point de vue de l'indice céphalique, présente une rare homogénéité ; elle n'a donc subi que dans les faibles limites l'influence du métissage.

2o L'indice moyen est compris entre 76 et 77. C'est dans la région de Corte que l'on trouve la dolichocéphalie la plus marquée et la plus grande homogénéité de type ; c'est là aussi

Digitized by Google

que se trouve le type corse le plus pur.

3° Les indices dépassant 80 ne se rencontrent en Corse que dans une très faible proportion ; seule la région de Bastia fait exception à cette règle, et figure sur la carte une véritable tache de brachycéphalie. CH. ELOY.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Dans les Sociétés savantes. — La prestidigitation thérapeutique. — Une élection académique.

Deux débats importants figurent, ou vont figurer à l'ordre du jour de la Société de chirurgie et de la Société médicale des hôpitaux : ici, l'alimentation des villes en eaux potables et le remarquable rapport de M. Vaillard ; là, un débat sur la valeur du curetage utérin, une opération qui, M. Trélat l'a prouvé, prend définitivement place dans la médecine opératoire.

Ailleurs, le Conseil supérieur de l'Assistance publique adopte le projet et le rapport de M. Dreyfus-Brissac sur l'assistance médicale rurale ; un problème qui intéresse à la fois l'humanité et l'avenir de notre profession dans les campagnes.

On redoutait de voir ces travaux retenir le public médical loin de la coupole de la rue des Saints-Pères. De bons esprits en étaient tout perplexes ; leur émoti on s'expliquait. Eh bien, rassurez-vous ; leurs appréhensions ont pris fin avec les joyeux intermèdes dont cette Assemblée est devenue le théâtre. Quinze jours après les débats sur l'antisepsie par les sages-femmes, il était temps n'est-ce pas, de dérider les fronts ! Après la note grave, la note gaie : en bonne fille, la thérapeutique la donne. Elle devient tout à fait folâtre, en nous procurant des récréations scientifiques auxquelles l'Académie ne nous a guère habitués.

Il y a huit jours, un thérapeute par occasion dissertait sur les iodures. Cette semaine, un thérapeute par profession, redécouvre la caféine comme moyens d'épargne.... pour les médecins, sinon pour les malades.

Vous le voyez : ces orateurs ont la bonne volonté de varier nos plaisirs. Souriez chers confrères : c'est l'heure de sourire.

De ces thérapeutes, excusez le premier. C'est presque un débutant.

Son érudition est un peu brève et ne commence qu'aux derniers travaux de M. G. Sée. Cela lui suffit ! Je n'insiste pas. Allah est grand, M. Laborde sera son prophète. C'est une ambition comme une autre. Il faut savoir se contenter de peu et, depuis le temps où M Jourdain a voulu faire des vers, il y a toujours eu des physiologistes pour s'improviser cliniciens.

Du second, à quoi bon parler. Le dernier de ses exploits n'est pas inférieur aux précédents. Il y a deux jours, la Méditerranée était paraît-il perdue ; aujourd'hui il la retrouve ! Quel génie ! quel génie ! Admirez donc, admirez encore, admirez toujours, mais n'imitez jamais, chers confrères, cela va sans le dire, les petits talents du grand impressario de la thérapeutique moderne.

Et maintenant, n'en convenez-vous pas ? Dans les semaines, où l'ordre du jour impose à nos Académiciens ces séances de prestidigitation scientifique, le palais de la rue des Saints-Pères ne ressemble point aux salons « du *Monde où l'on s'ennuie* ».

En proposant M. Lereboullet pour la place d'associé libre, la Commission académique avait fait œuvre de libéralisme envers la presse médicale et un de ses membres éminents. En nommant notre estimé confrère au fauteuil vacant, l'Académie a ratifié un choix qui était universellement approuvé.

C'est écrire qu'en applaudissant à ce vote, nous adressons nos plus cordiales félicitations à M. Lereboullet. Héritier scientifique du regretté Dechambre, il en devient le successeur académique. C'est un fauteuil qui change de titulaire, mais ne sort point de la maison. Cet heureux choix honore la savante Compagnie tout autant que le nouvel académicien. CH. ELOY.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(*Séance du* 11 *mars* 1890)

Présidence de M. le Dr MOUTARD-MARTIN

Tumeurs adénoïdes du pharynx nasal chez les enfants. — M. CHAUMIER (*de Tours*) lit une note sur les *tumeur adénoïdes du pharynx nasal chez les enfants*.

Caféine. — M. G. SÉE lit une note sur la caféine (voir la *Revue Générale de Clinique* 1887, 1888, 1889). Ces indications bibliographiques nous dispensent d'insister.

Elections. — M. LEREBOULLET est nommé membre associé libre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX

Séance du 7 mars 1890.

Présidence de M. LE Dr DUMONTPALLIER.

Du délire des persécutions. — M. BALLET se demande si les faits signalés par M. Barié rentrent bien dans le cadre des délires partiels ou systématisés. Il ne le croit pas ; et il ne s'agit pas, dit-il, d'un délire partiel, mais d'idées de persécution avec état maniaque, faisant partie du cortège de symptômes d'une maladie aiguë. L'affection, décrite par Lasègue, sous le nom de délire des persécutions, occupe une place à part dans la médecine mentale, et suit une évolution différente ; elle est apyrétique, essentiellement chronique et se rencontre toujours chez les dégénérés héréditaires.

De même, les cas décrits par M. Barié, sous le nom de folie religieuse, sont des types de délire mélancolique survenant au cours de la dothiénenterie, et non, des cas d'aliénation mentale vraie.

M. SÉGLAS ne pense pas que les délires de la fièvre typhoïde soient des délires partiels et systématisés et partage l'opinion de M. Ballet.

M. BARIÉ. Les malades qu'il a observés étaient bien atteints de délire avec idées de persécution et guérissables. Il y avait intérêt à faire ressortir la différence du pronostic dans le cas de délire aigu et dans celui de délire chronique.

De la double distribution de l'eau de source et de Seine dans les habitations privées. — M. VAILLARD, au nom de la commission composée de MM. Lajlier, Ollivier, Chantemesse et Chauffard, lit un rapport, dont voici les conclusions :

1° L'eau de source offre seule les garanties de pureté désirable contre la transmission du germe typhique ; il est urgent de la substituer pour les usages alimentaires, à l'eau de Seine dont la nocuité est établie.

2° En raison de l'adduction à Paris, de nouvelles sources, l'établissement d'une double distribution d'eau de sources et de

Digitized by Google

Seine dans toutes les habitations, ne présente aucun avantage ;

3° Lorsque les eaux de source, viennent à faire temporairement défaut, il est dangereux de recourir aux errements actuels et de distribuer l'eau de Seine.

4° Cependant comme l'insuffisance des eaux de source peut se produire, il y a lieu de prévoir la possibilité d'une interruption partielle, ou totale des conduites d'eau de source en cas de siège ou d'investissement de la capitale.

5° La filtration à travers des bassins de sable, pourrait alors servir à purifier l'eau de Seine ou de rivière ; mais les filtres à bassins de sable ne sont pas parfaits et ne donnent pas une eau bactériologiquement pure. Ils réduisent cependant le nombre des microbes véhiculés par l'eau dans des proportions considérables, et suffisantes pour diminuer les dangers que comportera toujours la distribution de l'eau de Seine intégrale.

Dr H. Marciguey.

SOCIETÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 mars 1890.

Présidence de M. le Dr Terrier

Discussion sur le traitement de l'endométrite. — M. Trélat insiste sur les caractères de l'élément douleur dans les affections utérines. A la fin de la précédente séance, M. Championnière disait que les douleurs n'ont jamais pour cause une maladie de l'utérus, mais une lésion des annexes. M. Trélat s'élève contre cette opinion. L'endométrite est douloureuse par elle-même, en dehors de toute autre lésion, s'accompagne de douleurs locales irradiées, spontanées ou provoquées par la palpation abdominale, le toucher vaginal ou l'introduction de l'hystéromètre. Qu'il existe des douleurs pelviennes autres que celles de l'endométrite, M. Trélat ne le nie pas ; mais il a voulu établir que l'endométrite était douloureuse. On ne doit donc pas dire que douleur et salpingo-ovarite soient intimement liées l'une à l'autre, car, la première n'est pas toujours symptomatique de la seconde. La douleur utérine disparaît par la guérison de l'endométrite. Bien plus, certaines salpingites sont curables par le traitement de l'endométrite. Sur vingt et un cas de métrite avec salpingite, quatre fois les tumeurs salpingiennes ont disparu par le traitement de la métrite seule. Si l'affection est double, utérine et tubaire, il faut avant de s'adresser aux annexes, traiter la métrite, pour faire disparaître l'indication opératoire du côté des ligaments larges. M. Trélat ne partage donc pas l'opinion de M. Lucas-Championnière, qui enlève d'emblée les annexes. Avant d'entreprendre cette opération on épuisera toutes les ressources de la thérapeutique. Abstraction faite des cas d'urgence pour cause de durée, de volume, de siège, d'inflammation d'une tumeur salpingienne, il y a lieu, dans la métrite compliquée de salpingite, d'attendre les résultats du traitement de l'endométrite avant toute ablation des annexes.

Opération d'Alexander. — M. Terrillon rend compte d'une observation de M. Lagrange (de Bordeaux) relative à une rétroversion utérine, chez une femme de 34 ans. La rétroversion mobile et réductible, présentait la principale indication opératoire, on fixe chaque ligament aux piliers inguinaux par six points de sutures au catgut. L'utérus étant suffisamment relevé et maintenu, il s'abstint de placer dans le vagin soit un pessaire, soit un tampon, manœuvre que M. Terrillon considère comme indispensable pour empêcher la chute de la matrice. Néanmoins la guérison persistait encore un mois après l'opération ; il est vrai que le périnée était intact.

M. Trélat a pratiqué 39 fois l'opération d'Alexander ; les échecs qu'il a éprouvés, ont toujours eu lieu dans le cours des premiers mois, leur cause ne doit pas être imputée à la désunion, au relâchement des ligaments, mais à leur amincissement atrophique ; le raccourcissement opératoire doit être de 10 à 12 centimètres, à cette condition, on peut rapprocher de la paroi abdominale la corne utérine.

M. Bouilly pense que chez ces malades on doit toujours noter l'état de solidité et d'intégrité du plancher pelvien, qui joue un rôle important dans l'abaissement de la vessie et de l'utérus. Tant qu'on a pas restauré le vagin et le périnée, on observe des échecs par abaissement de ces organes.

M. Schwartz confirme l'opinion de M. Trélat, à propos des récidives ; elles se produisent toujours dans les trois premiers mois. Récemment, il a eu l'occasion de voir une de ses opérées, dont la guérison s'est maintenue depuis deux ans. Le périnée était résistant, la retroversion facilement réductible et l'opération d'Alexander a parfaitement réussi. D'ailleurs, elle est bonne dans les cas où l'on rencontre réunies la mobilité et la réductibilité de l'utérus. Il préfère les sutures avec les fils de soie qui sont plus résistants que le catgut.

Cystite douloureuse chronique avec urétéro-pyélite ascendante. — M. Brun opérait en septembre 1886 une femme atteinte de cystite chronique avec urétéro-pyélite rebelle. La vessie douloureuse spontanément et au toucher, était intolérante pour la moindre quantité d'urine. M. Brun pratiqua la taille vésico-vaginale pour assurer le drainage du réservoir de l'urine La couche musculaire très hypertrophiée était tellement adhérente qu'il fut impossible de la suturer à la muqueuse vaginale. La fistule s'établit et la malade fut délivrée de ses douleurs et de ses besoins si fréquents d'uriner. La sécrétion purulente du rein et de l'uretère persistant, l'extirpation du rein s'imposait ; elle fut faite en novembre 1887, par la voie lombaire ; les suites de l'opération furent bonnes.

Récidive cancéreuse. — M. Michaud rapporte un cas de récidive cancéreuse dans la cicatrice, quatre ans après une laparotomie pour kyste de l'ovaire.

Dr H. Marciguey.

REVUE DES ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

I. — L'exercice illégal de la médecine et le Syndicat des médecins du Havre. — II. Les honoraires médico-légaux et la Société locale de Seine-et-Marne. — III. Les vœux de la Société locale de la Loire et de la Haute-Loire.

I. — L'exercice illégal de la médecine. — Dans un rapport bien étudié, sur les projets de loi relatifs à l'exercice de la médecine, notre très distingué confrère, M. Leprevost (du Havre), établit en ces termes la position de cette grave question. On ne saurait mieux dire et on ne saurait trop associer à l'approbation de ses collègues estimés : MM. Gibert, Margueritte dont on déplore la perte récente, de Lignerolles et Lausies.

Sans méconnaître les améliorations que les projets de loi, actuellement proposés, apporteraient à la situation actuelle, nos confrères se demandent si la répression de l'exercice illégal serait sûrement obtenue. Eh bien ! n'en déplaise aux satisfaits, ils éprouvent des doutes ainsi motivés :

« L'exercice illégal de la médecine, écrit M. Leprevost, n'est pas seulement le moins puni de tous les délits, il en est aussi le plus insaisissable et le moins souvent poursuivi.

Il suffit pour s'en convaincre de jeter les yeux sur le tableau suivant où figurent toutes les poursuites exercées dans l'arrondissement du Havre, depuis l'année 1880, pour exercice illégal de la médecine. Il y a eu 16 affaires, pendant un espace de 10 années, soit une moyenne par an de 1,6 de poursuites, pour un délit qui

Digitized by Google

se commet, tant clandestinement que publiquement, des centaines de fois par jour ! D'autre part, la moyenne des condamnations prononcées contre chacun des inculpés ayant été de 15 francs d'amende, l'on peut conclure que la quasi-certitude qu'ont les délinquants de n'être pas poursuivis, tout autant que la bénignité du châtiment auquel ils s'exposent, tend à multiplier à l'infini un délit si mal et si peu réprimé.

Dans une circonstance récente, et par un rapport détaillé, le Syndicat des médecins du Havre, exposait au Procureur général près la cour de Rouen, les plaintes de malades qui, abusés par des réclames mensongères s'étaient adressés à des personnes exerçant illégalement la médecine et avaient été ou blessés grièvement ou indignement exploités.

Laissant de côté les sorciers et les rebouteux qui exercent *clandestinement* la médecine, il appelait l'attention du parquet sur cette multitude de faux médecins qui semblent se désigner eux-mêmes à l'action de la justice, en ne craignant pas de recourir pour assurer le succès de leurs consultations illégales, aux moyens de publicité dont usent les plus licites entreprises du commerce et de l'industrie.

Ces médicastres peuvent être divisés en deux catégories. Les uns, dépourvus de toute espèce de diplômes professionnels empruntent, pour augmenter leur crédit, à des sociétés savantes plus ou moins imaginaires, des titres pseudo-scientifiques. Les autres, plus nombreux, ne sont pas aussi complètement étrangers à l'art médical. Ce sont des pharmaciens, des bandagistes, des herboristes ; ce sont surtout des sages-femmes, qui loin de se cantonner dans les attributions purement obstétricales que leur confère la loi, se livrent aussi à la pratique de la médecine et de la chirurgie, plus particulièrement en ce qui concerne les maladies des femmes, au traitement desquelles leurs études ne les ont cependant nullement préparées.

Toute une collection de journaux, d'indicateurs, de prospectus annonçant la nature des maladies illicitement traitées, la date, les heures et le lieu des consultations, était annexée à ce rapport qui fut remis, par les soins du président de l'Association des médecins de la Seine-Inférieure, entre les mains de M. le Procureur général.

Ce magistrat voulut bien recevoir le rapport mais exigea qu'une plainte régulière lui fût officiellement adressée soit par les victimes, soit par les médecins confidents de leurs doléances, et à sa place, tout autre magistrat eût agi comme lui et soulevé les mêmes objections juridiques.

Or, cette formalité, que tous les parquets exigent aujourd'hui avant de suivre une affaire et qui demeurera indispensable, même après l'adoption des projets de loi actuels, n'a pu que rarement être remplie jusqu'ici.

Dans l'avenir, elle ne pourra pas l'être davantage. D'une part parce que les médecins ou association de médecins, en supposant qu'ils soient admis à intenter une action civile, auront toujours le plus grand mal à recruter et produire des témoins qui sans cesse se déroberont ; d'autre part, parce que les victimes elles-mêmes, se refuseront le plus souvent à apporter le témoignage indispensable à toute action judiciaire. Et, il faut bien le dire, leur réserve s'explique aisément. Car si la crainte d'exposer à la risée et à la malignité publiques la preuve de leur crédule naïveté, ne suffisait à leur fermer la bouche, ils se verraient encore contraints au silence par l'impossibilité d'étaler au grand jour de l'audience les maladies ou les misères secrètes pour lesquelles, en grand mystère, ils auront eu recours aux charlatans.

C'est pourquoi, le silence volontaire des principaux intéressés en paralysant l'action de la justice et la bonne volonté des magistrats du parquet, assurera dans l'avenir l'impunité des délits sur l'exercice de la médecine, comme il a, dans le passé, donné à ceux qui sont coutumiers de ces mêmes délits, une assurance et une quiétude telles, qu'ils semblent jouir aujourd'hui de la tolérance officielle.

Il en serait tout autrement, si la loi nouvelle, prévoyant l'impossibilité presque constante où se trouvent les magistrats de faire la preuve *à posteriori*, considérait, non pas simplement comme un élément intentionnel de délit, mais bien, comme un *délit véritable* la publicité donnée par voie d'affiches, d'annonces ou de réclames, aux consultations illégales.

Atteints dans leur principal moyen de propagande, les empiriques, les faux-médecins, les sages-femmes sans scrupules, qui sont plus souvent les complices que les médecins de leurs clientes, verraient diminuer leur clientèle où les naïfs ne sont pas toujours en majorité.

L'intérêt social se trouve ici en accord parfait avec les intérêts professionnels et c'est pourquoi, il y aurait lieu d'introduire dans la loi en préparation les additions suivantes.

Art. 15. — Est considéré comme exerçant de fait illégalement la médecine et passible des mêmes peines, toute personne qui, dépourvue du titre exigé par la loi, ou sortant des attributions que ce titre lui confère, fait connaître au public par voie d'annonces, d'affiche soude réclame qu'elle traite certaines maladies.

Art. 16. — Si le coupable est un officier de santé, un pharmacien, un dentiste ou une sage-femme, il pourra être frappé en outre, de la suppression temporaire, de l'exercice de son art.

Les honoraires médico-légaux et la Société locale de Seine-et-Marne. Un de nos correspondants nous communique le texte de la lettre que le Bureau de cette société vient d'adresser au Procureur général en réponse à la demande d'enquête ministérielle.

Nos confrères réclament :

Par vacations, le jour 6 francs, la nuit, 10 francs.

Trois catégories d'autopsies, tarifées ainsi : 10 francs, (pour un nouveau-né); 25 francs (pour un enfant ou un adulte); 50 francs, (après exhumation.)

L'unification du tarif pour toute la France.

Une indemnité de transport évaluée non plus par myriamètre, mais par kilomètre et à raison de 50 centimes à l'aller et au retour.

Nous remercions notre correspondant de Melun de sa communication.

De tels documents sont instructifs du moment où, il faut bien le reconnaître, on n'a pu encore s'entendre pour unifier dans la forme et dans le fonds les revendications si légitimes du corps médical.

III. **Les vœux de la Société locale de la Loire et de la Haute-Loire.** — C'est notre cher collaborateur, M. Cénas qui dans le même but, a rédigé le remarquable rapport dont les conclusions ont été transmises au Procureur général. En voici le résumé :

1° Tarification différente des opérations médico-légales suivant la population. (Sur ce point, nos confrères sont en désaccord avec les autres Sociétés).

2° Dans les villes de 40,000 habitants et au-dessus : rapport et visite 10 francs ; autopsies 80 francs, et s'il y a exhumation 100 francs. Dans les autres villes, ces honoraires seront respectivement de 8, 50 et 80 francs.

3° Pour un examen plus difficile que la simple visite 25 francs.

4° Chaque vacation de trois heures et rapport écrit, 5 francs. Pour chaque journée, trois vacations de jour et deux de nuit.

5° La prestation du serment sera comptée pour une vacation et augmentée d'une indemnité kilométrique de 1 franc.

6° Indemnité, d'après le tarif des experts pour les déplacements, pendant l'instruction ou aux débats. Par jour, ce dérangement sera payé : 25 francs dans les villes de 40,000 habitants et au-dessus ; 20 francs dans les communes ; même indemnité de séjour en cas d'arrêt par force majeure.

7° Indemnité de 1 franc pour chaque kilomètre parcouru.

Digitized by Google

M. Cénas demande en outre, et ce vœu est de ceux qu'on ne saurait trop approuver, que le médecin expert soit considéré comme fonctionnaire pendant toute la durée de ses opérations et surtout devant le tribunal.

En effet, et tout aussi bien que les magistrats, « il est « exposé à être insulté par un prévenu, ou à être victime « du manque de tact d'un avocat. D'un autre côté, il est « humiliant pour lui d'être parqué, avant sa déposition, « dans une salle où attendent d'autres témoins dont les « conditions sociales sont les plus diverses et fréquem- « ment peu honorables. Pendant les interruptions d'au- « diences, ce milieu s'enrichit encore de la présence de « l'accusé ! »

La dignité de la justice n'aurait ce semble, rien à y perdre ; celle de l'expert ne serait plus compromise.

Enfin, autre vœu, formulé par M. Garand et adopté par ses collègues.

« A l'avenir, dans les grandes villes, les postes de médecin légiste seront mis au concours. »

Malgré son équité, il est fort à craindre que ce vœu ne soit pas écouté. C'est fâcheux ; mais il ne faudra pas s'en étonner ! S. R.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

Médications béchiques

par le Dr Ch. LIÉGEOIS, (de Bainvile-aux-Saules)

I. — Il n'est pas d'affection du larynx où l'on tousse autant que dans la laryngite aiguë catarrhale, simple ou intense : déjà marquée au début du catarrhe inflammatoire, plus accentuée dès que la sécrétion devient abondante, la toux est superficielle, parfois sibilante, retentissante, très bruyante, quelquefois rauque, aboyante, striduleuse, suffocante. Les examens laryngoscopiques ayant établi, d'une part que l'inflammation de la muqueuse laryngée détermine l'enrouement et non la toux tant que la ventricule de Morgagni et la surface des cordes vocales ne sont pas lubrifiés par une sécrétion visqueuse, et l'observation clinique montrant, d'autre part, que les quintes de toux cessent seulement lorsque cette sécrétion visqueuse et consistante est expulsée, il va de soi que la meilleure médication béchique est celle qui rend les mucosités moins adhérentes : on entretiendra autour du malade une atmosphère humide en plaçant à fleur de son lit, enfermées dans des rideaux, des cuvettes d'eau bouillante.

Il n'y a pas à intervenir contre la toux rare de l'urticaire ou des plaques muqueuses laryngées, ni contre celle, éteinte, et aussi rare de la laryngite œdémateuse ; pas davantage contre la toux rauque, éteinte, discordante, des deux premières périodes du croup.

Le bem de la laryngite catarrhale chronique, granuleuse ou glanduleuse, ne disparaît que par le traitement très long de cette laryngopathie par des topiques caustiques ou par des topiques astringents, capables de tarir les sécrétions à la surface des cordes vocales.

La toux de la laryngite hypertrophique ne mérite pas qu'on s'y arrête : elle est rare, les filets du nerf laryngé supérieur étant emprisonnés dans un chorion muqueux et dans un tissu conjonctif sous-muqueux comme parcheminés.

Ce n'est pas tant à la toux rauque et stridente, ou éteinte rentrée et éructante, qu'à la douleur qu'on a affaire dans les laryngopathies variolique et typhique.

La laryngopathie syphilitique tertiaire ne consiste-t-elle qu'en papulo-tubercules, excroissances, gommes, condylomes rétrécissant la glotte ou en ulcérations profondes des cordes vocales, la toux est peu fréquente ; elle l'est davantage, sans exiger, à vrai dire, un traitement, quand pareille à celle des laryngites variolique et typhique, elle est due à des lésions ulcéreuses siégeant au-dessus de la glotte ou à la base de l'épiglotte.

Le dirai-je? La laryngopathie tuberculeuse elle-même qu'on accuse si volontiers d'occasionner la toux, excite si peu la sensibilité réflexe de la muqueuse laryngée que la toux, de ce chef unique, fait ou à peu près complètement, défaut. On a bien cité des toux quinteuses, d'une extraordinaire violence, qui ne s'expliquaient à l'autopsie que par des tubercules miliaires tapissant en très grand nombre la muqueuse du larynx, mais on a parfaitement remarqué aussi que dans les cas, peu communs, je le reconnais, de tuberculose exclusivement laryngée, il n'y a pas cette toux éructante, voilée et creuse de la tuberculose qui a accompli son œuvre d'érosion et de destruction simultanément dans le larynx et dans le parenchyme pulmonaire. La toux, en définitive, est plus fréquente dans la phtisie sans lésions du larynx que dans la phtisie avec ulcérations de celui-ci.

La toux de la laryngopathie cancéreuse est insignifiante : on n'est pas peu surpris de ne point la solliciter quand on nettoie le larynx des malades avec des éponges ou un pinceau, ou quand on badigeonne la tumeur.

Seuls les polypes du larynx éveillent une toux comparable à celle de la laryngite aiguë, une toux petite, sèche, intermittente, surtout à la suite d'une inflammation catarrhale, à la condition qu'il s'agisse de petits polypes pédiculés. Les gros polypes, auxquels la muqueuse s'est habituée, ne provoquent guère la toux. La seule médication béchique est celle qui détruira le corps du délit.

Les lésions des voies aériennes au res que le larynx peuvent provoquer la toux : ainsi des lésions des fosses nasales, de la trachée, des bronches, des poumons.

A tort ou à raison, on a accusé la rhinite chronique, les polypes du nez d'occasionner la toux convulsive ; on a même avancé que cette toux, d'origine nasale, peut être essentielle.

La trachéite se signale par une toux sonore, agaçante, presqu'incessante, à quintes petites, se montrant surtout au réveil ou pendant le passage brusque à une atmosphère froide, toux réfractaire à la thérapeutique, sa cause étant difficile à supprimer ; tandis qu'on voit disparaître après une opération la toux sèche, presque continuelle, parfois suffocante, que produisent les polypes pédiculés de la trachée en heurtant de temps en temps le dessous des cordes vocales inférieures.

La toux qu'on est appelé le plus souvent à combattre est celle des maladies des bronches. Et d'abord, dans la période de crudité de la bronchite aiguë vulgaire ou capillaire, où elle est sinon toujours quinteuse, du moins sonore, éclatante, sèche, rauque même chez des hystériques, et justiciable non pas de l'opium, de belladone, de la jusquiame, du datura qui dessèchent la muqueuse bronchique et retardent l'expectoration, mais du lactucarium, de la grindelia, de l'yerba, de l'antipyrine, quelquefois des bromures et des badigeonnages pharyngés avec la solution de chlorhydrate de cocaïne au cinquantième. Les sédatifs, quels qu'ils soient, n'amendent guère la toux excessivement quinteuse de la bronchite fétide ; comme celle de la dilatation des bronches, elle diminue par l'emploi persévérant des inhalations qui tarissent et asepsient les sécrétions. Dans cette dernière maladie, on recommandera au patient de ne jamais quitter brusquement la po-

Digitized by Google

sition couchée pour la position assise ; on empêchera ainsi le choc tussigène des liquides cavitaires contre des ilots encore intacts de muqueuse bronchique. (*A suivre*)

TRAVAUX ORIGINAUX

De la laryngotomie intercrico-thyroïdienne

Par M. le Dr Ed. Schwartz

Chirurgien de la Maison de santé, professeur agrégé à la Faculté.

Nous croyons devoir rappeler l'attention, à l'occasion d'un cas récent que nous venons d'observer, sur une opération qui n'est peut-être pas assez souvent pratiquée, quoique de date déja ancienne puisqu'elle a été imaginée par Vicq d'Azyr et qui présente cependant, à tous les points de vue, des avantages considérables de simplicité et d'efficacité, lorsque l'indication existe.

Il y a quinze jours, entrait à la Maison de santé, un jeune homme de 25 ans qui avait été ramassé mourant sur la voie publique quelques jours auparavant en proie à l'asphyxie. Il demandait instamment qu'on lui pratiquât la trachéotomie afin qu'il ne fût plus exposé au danger qu'il avait couru. Il avait été soigné déjà dans plusieurs cliniques et services hospitaliers pour une affection chronique du larynx, datant de quelques mois. L'examen de l'état général nous permit de constater que nous avions affaire à un tuberculeux. Les deux sommets sont pris avec signes cavitaires à droite : au point de vue laryngé nous notons de l'aphonie presque complète, de la douleur au niveau de la gorge ; l'examen laryngoscopique, assez difficile à cause du spasme des muscles pharyngiens dès qu'on place le miroir laryngé, est néanmoins faisable, même sans badigeonnages à la cocaïne.

La base de la langue et la gorge sont légèrement anémiées, l'épiglotte est un peu épaissie, on aperçoit très nettement l'orifice supérieur du larynx et la cavité laryngienne ; à droite la bande ventriculaire est tuméfiée, rouge ; la région interarytinoïdienne présente le même aspect avec des végétations ; plus profondément les cordes vocales semblent normales, mais ne se rapprochent pas l'une de l'autre quand on veut faire émettre le son de la voyelle E ; l'une des deux cordes surtout est immobile et cela parait être la droite ; toute leur extrémité postérieure est cachée par le gonflement aryténoïdien. Ce sont là, manifestement, des lésions tuberculeuses de même nature que celles des sommets pulmonaires.

La santé générale n'est pas mauvaise, le malade est amaigri, mais non cachectique ; il tousse et crache beaucoup. Quoiqu'il respire actuellement sans aucune difficulté, nous n'hésitons pas à accéder à sa demande, car il est pris de dyspnée dès qu'il veut faire le moindre effort. L'opération est pratiquée, avec l'assistance de notre confrère, le docteur Lac, dont on connait la compétence et qui était venu examiner M. X... Nous nous décidâmes pour les raisons que nous signalerons plus loin, pour la laryngotomie intercricothyroïdienne. Injection intradermique de 3 à 4 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne ; après une ou deux minutes, incision de la peau au niveau du larynx et de la partie supérieure de la trachée sur une longueur de trois centimètres environ, en me répérant, comme milieu de l'incision, sur le cartilage cricoïde dont on sent parfaitement la saillie.

Section de l'isthme thyroïde qui donne un peu de sang et de quelques veines : découverte de la membrane cricothyroïdienne qui est ponctionnée, après la plaie est exsangue ; introduction facile d'une canule n° 3 avec conducteur de Krishaber.

L'opération a été facile quoique accompagnée d'un écoulement sanguin plus abondant que d'habitude. Pansement iodoformé, cravate ouatée, pulvérisation de vapeur d'eau dans la chambre les premiers jours. La canule a été retirée le huitième jour pour être nettoyée puis replacée. Le malade est très bien, l'examen laryngoscopique, pratiqué facilement 15 jours après l'intervention, nous montre une diminution considérable de l'œdème et de la rougeur de l'orifice supérieur du larynx qui est en rapport avec une phonation beaucoup meilleure dès que l'opéré bouche sa canule pour parler. Actuellement, traitement local des végétations et de l'ulcération végétante par l'application de poudre d'iodoforme et de morphine ℞ ; à l'intérieur pilules de créosote et d'iodoforme. L'opéré est sorti en excellent état ; nous lui avons fait construire chez Collin une canule du modèle que nous avons présenté, M. Terrier et moi à la Société de chirurgie et qui offre, sur la canule ordinaire de grands avantages au point de vue de la commodité et du maniement.

Dans le cas que nous venons de vous rapporter, nous avons préféré la laryngotomie intercrico-thyroïdienne à la trachéotomie supérieure, en voici la raison : l'opération est bien facile, moins grave et tout aussi efficace. Chez notre malade, la trachéotomie supérieure eût été presque aussi facile à cause de la maigreur du cou et de la vascularisation relativement abondante de la région péricricothyroïdienne mais en général, cela n'est pas ; la trachée devenant immédiatement assez profonde et se recouvrant de plexus veineux plus ou moins gorgés de sang, surtout quand il s'agit de sujets respirant difficilement. L'espace cricothyroïdien est toujours facilement accessible et reconnaissable ; l'introduction de la canule trachéale peut être accompagnée de difficultés qu'on ne rencontre pas dans celle de la canule à conducteur de Krishaber. Tout cela, bien entendu, s'applique à l'adulte, à l'adolescent ou chez l'enfant, il ne peut être question, à cause de l'étroitesse de l'espace intercrico-thyroïdien, de laryngotomie à travers la membrane.

L'opération est moins grave, et comme suites immédiates et comme complications, parce qu'on ouvre relativement beaucoup moins de veines, parce que la canule détermine plus rarement des ulcérations du conduit trachéal.

Elle est tout aussi efficace quand il s'agit, bien entendu, de lésions localisées à la partie supérieure du larynx, à la portion susglottique comme le sont un assez grand nombre pseudo de tuberculoses. Elle devra être repoussée, quand on aura la certitude d'une lésion allant plus bas que la glotte ou devant l'envahir consécutivement comme dans certains cas de cancers du larynx.

(1) Société Médico-pratique, séance du 24 février.

Digitized by Google

FORMULAIRE DU PRATICIEN

I. **Poudre composée diurétique.** — Indiquée dans les hydropisies et l'ascite des maladies du cœur, on peut la formuler ainsi :

Calomel	1 gr.
Feuilles de digitale pulvérisée	aa 0,40 centigr.
Scille pulvérisée	
Sucre blanc pulvérisé	2 gr.

Mêlez et divisez en six doses semblables.

On administre quotidiennement deux à trois de ces doses.

II. **Des modes d'administration de la caféine.** — Pour répondre au désir formulé par plusieurs de nos lecteurs, voici les meilleures formules pour l'administration de la caféine par la voie gastrique ou la voie hypodermique, soit comme médicament cardiaque, soit de l'avis formulé par M. Huchard le premier comme médicament bulbaire.

I. A L'INTÉRIEUR. — On administre chaque jour une à quatre grandes cuillerées de la solution suivante (H. Huchard).

Eau distillée	300 grammes.
Benzoate de soude	2 à 5 gr.
Caféine	5 gr.

II. L'EXTÉRIEUR. — En injections hypodermiques, on emploie l'une des deux formules suivantes :

Salicylate de soude	3 gr. 10 cent.
Caféine	4 gr.
Eau distillée	6 gr. ou q. s. pour 10 c. c.

La solution est faite à chaud et chaque centimètre cube renferme 0,40 centigr. de caféine.

Ou bien :

Benzoate de soude	3 gr.
Caféine	2 gr. et 50 cent.
Eau distillée	6 gr. ou q. s. pour 10 c. c.

Faire dissoudre à chaud.

Le contenu d'une seringue de Pravaz renferme 0,25 centigr. de vaseline.

III. **De l'emploi de l'aristol en dermatologie.** — Ce composé à iode et de thymol, est obtenu par la réaction d'une solution alcaline de thymol sur une solution d'iode iodurée, M. Eichoff le conseille comme antiseptique, en pommade contre le psoriasis, et le lupus suivant le procédé suivant.

On prépare une pommade ainsi formulée :

Aristol	2 à 5 grammes.
Vaseline	40 grammes.

Pratiquer sur la région malade, une onction avec cette pommade. Recouvrir d'une feuille de gutta-percha, envelopper d'ouate et maintenir avec un bandage contentif.

On doit pratiquer le pansement, deux fois dans la journée.

S. R.

INFORMATIONS

PARIS

Le projet de loi sur l'assistance médicale rurale. — Le projet adopté par le Conseil supérieur de l'Assistance publique comporte 37 articles.

Il assure (art. 1), le droit de tout Français indigent malade l'assistance à son domicile ou dans un hôpital, avec faculté pour la commune ou le département d'exercer un recours contre les membres de la famille de l'indigent.

Le service d'assistance médicale gratuite est assuré par la commune ou par un syndicat de communes.

Le domicile de secours est communal, de sorte que les communes doivent assistance non seulement aux indigents domiciliés, mais aux victimes d'un accident ou d'une maladie. Si la maladie dure plus de cinq jours, la commune aura recours contre la commune ou le syndicat de communes dont le malade ferait partie. Un bureau communal sera chargé d'administrer l'Assistance publique et dressera la liste des indigents. Une commission cantonale instruira les réclamations. A défaut de l'assistance communale, l'indigent recevra des soins assurés par l'assistance départementale.

Le Conseil supérieur a rejeté la proposition faite par M. Monod, de créer un inspecteur de l'assistance publique dans chaque département. L'utilité de ces quatre-vingt-six fonctionnaires nouveaux ne se faisait pas sentir et vraiment, il était étrange de voir placer à côté du préfet, un fonctionnaire absolument autonome de son autorité.

NOUVELLES MILITAIRES

Nominations dans le corps de santé de la marine. — A l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe : MM. les Drs Palasne, de Champeaux et Boyer.

Nominations dans le corps de santé militaire (Réserve). — 24 février 1890 — *Au grade de médecin aide-major de deuxième classe.* — MM. les docteurs Rafin, Bègue, Champsaur, Gordon Martins, Bouveret, Chaumier, Potocki, Fortin, Estève, Nozo, Ormières, Vivien, Molinié, Périnelle, Plichon, Defaucamberge, Vinant, Lanselle, Saladin, Dubus, Pouillot, Fayol, Chesseret, Leuilleux, Sirot, Aymes, Laguens, Dubard, Lacausse, Médail, Lepers, Dulout, Godet, Dumont, Andrercy, Bassot, Stourme, Chabanet, Dameuve, Pognon, Abélous, Aujay de la Dure, Wallez, Simon.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs *Vacher* et *Brulfut* (de Paris); *Peillard* de Donzère); *Nourrigat* (de Morignac, et *Marguerite* (du Havre).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

Clinique chirurgicale.

HAWLEY. — Laparotomie pour un cas de carcinome primitif du vagin (*The New-York Med. Journal*, 14 octobre 1889).

HURD. — Traitement chirurgical du spina bifida (*The Therapeutic Gazette*, 15 octobre 1889).

SEIBERT. Traitement chirurgical de l'érysipèle des enfants, (*The New-York med. Journal* 19 octobre 1889).

WILLIAMSON. — Un cas de guérison de l'épilepsie par la trépanation (*Am. med. Journal*, 20 octobre 1889).

Le Directeur-Gérant, Henri HUCHARD.

Paris — Imprimerie Décembre, 326 rue de Vaugirard.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE — No 12 — 19 MARS 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD. — RÉDACTEUR en CHEF : M Charles ELOY

COMITÉ de RÉDACTION MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ.

AVIS A NOS ACTIONNAIRES. — Conformément aux décisions de l'Assemblée générale du 8 mars courant, l'Administrateur du journal, a l'honneur d'inviter MM. les actionnaires à faire présenter leurs titres au siège social, 66, rue de Ponthieu, du 25 au 30 MARS courant, de 2 *heures à 4 heures* pour y toucher l'intérêt et le dividende de l'exercice 1889, sous déduction des impôts.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Une ressource contre les palpitations cardiaques.

Par M. le Dr GINGEOT.

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine,

Dans la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique* du 30 mai, du 6 juin et du 14 novembre, M. Mérigot de Treigny a publié, sur les palpitations nerveuses des articles remarqués. Je voudrais, à cette occasion, dire un mot d'un moyen de traitement qui m'a, plus d'une fois, rendu service contre ces accidents pénibles, et dont l'emploi est d'ailleurs parfaitement compatible avec celui des agents pharmaceutiques. Ce moyen, c'est l'application du froid sur la région précordiale. Je ne m'en prétends pas l'inventeur et je pourrais même nommer des médecins à qui cette pratique est familière ; mais l'expérience m'a montré que l'usage n'en est pas aussi répandu qu'il devrait l'être. Et puis tout n'est pas dit ; quand on a vaguement parlé d'applications froides : quelques détails sur la manière d'opérer ne sauraient être inutiles, et je vais tâcher de les présenter brièvement.

Une première manière consiste à pratiquer tout bonnement des lotions au niveau du cœur avec une éponge trempée dans l'eau froide. C'est surtout le matin, à l'heure de la toilette, qu'il peut être convenable et commode d'agir ainsi. A l'heure du coucher, mieux vaut opérer de la façon suivante : le malade étant déjà au lit et placé sur le dos, un aide, sinon le sujet lui-même, prend une compresse d'une certaine épaisseur, la trempe dans l'eau froide, la tord pour éviter l'effusion du liquide au-delà des limites voulues, la dépose au niveau du cœur, et la recouvre d'une autre compresse non mouillée, destinée à prévenir l'humidification des vêtements, chemise ou gilet de flanelle, que le patient a toute liberté de refermer par dessus ce pansement sommaire. La double compresse doit rester en place tant qu'elle n'est pas échauffée ; aussitôt qu'elle a pris la température du corps le malade l'enlève et n'a plus qu'à s'endormir.

Ce procédé donne de bons résultats, notamment contre les palpitations nocturnes. Il y a lieu toutefois, de lui reprocher l'humidité qu'il entretient à la surface de la peau, soit au moins pendant quelques instants si l'on ôte les compresses dès qu'elles sont chaudes, soit pour un temps plus long si l'intéressé succombe au sommeil avant de les retirer. De là, chez certains sujets sensibles, un refroidissement éventuel propre à favoriser les rhumes, les douleurs musculaires, névralgiques, etc.

On se tromperait si l'on croyait éviter l'inconvénient des compresses par la substitution à celles-ci d'une vessie de glace. Outre que cette dernière est singulièrement encombrante et peut déterminer une impression de froid supérieure à celle dont on a besoin, elle a pour conséquence de condenser à la surface tégumentaire la vapeur d'eau de la perspiration cutanée, produisant ainsi, par un mécanisme différent, l'effet auquel on veut mettre obstacle.

Il est donc légitime de souhaiter un procédé meilleur, et je préconise volontiers comme tel l'usage externe de l'éther sulfurique.

Ce liquide, s'évaporant avec une facilité extrême, détermine un abaissement de température qui peut aller jusqu'à la congélation de la peau. Tout le monde connaît l'appareil de Richardson : il est propre à remplir le but que nous poursuivons. Que le patient découvre sa poitrine et dirige, ou fasse diriger, sur la région du cœur, le nuage d'éther lancé par l'instrument, et l'on verra ainsi réalisée la réfrigération locale désirée. Veut-on quelque chose de plus simple ? Un petit vaporisateur de poche, comme ceux qu'on emploie pour disséminer des parfums dans l'atmosphère des appartements, suffira parfaitement à la besogne. Il ne s'agit point de solidifier les tissus par le froid, et ce n'est point l'anesthésie locale qu'on recherche ; aussi bien peut-on même supprimer tous les appareils à la condition de faire ainsi qu'il suit.

Le malade se couche horizontalement, il met à nu la région cardiaque, et, tenant son flacon d'éther de manière à recouvrir incomplètement avec le pouce le goulot préalablement débouché, il laisse tomber une à une sur la peau quarante ou cinquante gouttes de liquide. L'opération est ainsi amenée au maximum de simplicité possible, et les frais qu'elle occasionne se réduisent à la valeur de l'éther dépensé.

Pourtant, le vaporisateur de poche a cela de bon que les malades peuvent l'avoir toujours sur eux, et, n'importe où, à toute heure, notamment lors des palpitations, s'en servir avec avantage, pourvu qu'ils soient à même d'entrouvrir le plastron de leur chemise.

On recommande naturellement aux patients d'essuyer la buée légère que le froid a fait déposer sur la peau, et d'éviter, pendant l'opération, le voisinage d'une lumière susceptible d'enflammer les vapeurs éthérées.

Il est rare que les palpitations purement nerveuses ne soient pas heureusement modifiées par ce traitement. J'ajoute qu'on peut l'employer aussi avec un certain succès contre les palpitations liées à une affection organique du cœur. Dans ce dernier cas, effectivement, le phénomène à combattre est encore un trouble nerveux, différant seulement des palpitations idiopathiques par la nature locale et relativement grossière de l'altération qui l'engendre. Et non-seulement la réfrigération, employée comme il vient d'être dit, peut réussir quand il s'agit d'une compensation exagérée, mais elle a chance d'être utile

Digitized by Google

dans la situation inverse, à savoir, dans l'asystolie. La vérification expérimentale, sauf contre-indication tirée d'une circonstance accidentelle extrinsèque, cette vérification, dis-je, est facile à faire, et, théoriquement, on comprend sans peine que les applications rafraîchissantes, qui diminuent le volume d'un anévrysme, aient chance de venir en aide aux cœurs passivement dilatés.

CLINIQUE MÉDICALE

L'Hôpital Brussais. — M. le Dr Barth.

Atonie gastrique et dilatation de l'estomac (1)

Il serait trop long d'énumérer les troubles fonctionnels et tous les phénomènes morbides dont l'atonie gastrique est le point de départ; le tableau en est d'ailleurs difficile à tracer, en raison de ses variations infinies. Il en est de cette maladie comme de l'alcoolisme qui, chez certains sujets, attaque l'estomac, chez d'autres le foie, ou le cerveau, ou le système artériel, ou l'émonctoire rénal; pour apprécier ces différences, il faut tenir compte des idiosyncrasies, des susceptibilités individuelles qui rendent tel organe moins résistant chez celui-ci, tel autre chez celui-là. Selon la remarque du professeur Bouchard, beaucoup de sujets atteints d'atonie gastrique ne se croient pas malades si s'ils éprouvent parfois de la pesanteur épigastrique après les repas, des éructations gazeuses fréquentes, des sueurs fétides de nuit, de l'accablement au réveil, une tendance habituelle à la constipation; l'idée ne leur vient pas de rapporter ces troubles à leur estomac, et durant de longues années le mal peut progresser silencieusement sans qu'on tente rien pour l'arrêter. D'autres individus, les névropathes surtout, chez lesquels l'action réflexe entre en jeu si aisément, présentent des phénomènes bizarres, capricieux et d'une interprétation souvent difficile pour l'observateur non prévenu : ce sont tantôt des distensions gazeuses brusques, des crises de tympanite gastrique avec éructations incessantes, presque spasmodiques, tantôt des palpitations cardiaques très pénibles, d'autres fois des accès dyspnéiques simulant presque l'angine de poitrine, ailleurs encore des crises gastralgiques d'une intensité parfois extrême. Chez d'autres malades, les phénomènes réflexes font défaut ou du moins passent inaperçus, mais l'insuffisance gastrique se traduit par des troubles de nutrition qu'on est tenté de rapporter à l'arthritisme, et qui sont en effet particulièrement accusés chez des sujets de souche arthritique : congestions passagères du foie affectant le type hépatique et intermittent, modifications de la sécrétion urinaire qui est peu abondante, chargée d'urates et gravelleuse, fièvre de la pituite, affections cutanées diverses, etc. Les troubles si variés et si nombreux de cette maladie ne se succèdent parfois chez le même malade ils ne sont pas permanents, subtentrant et cessant tout à coup, ce qui rend parfois le diagnostic assez obscur. Chez un grand nombre de gens, en dépit de l'atonie gastrique, les digestions se font tant bien que mal, c'est seulement à l'occasion d'un écart de régime, d'une fatigue exagérée, d'une impression de répugnance ou de dégoût que le travail digestif, brusquement paralysé, s'arrête et que les accidents se manifestent. A cette période, il suffit de quelques précautions, d'une hygiène un peu rationnelle, pour rétablir, au moins momentanément, l'équilibre fonctionnel : chez beaucoup d'hommes à profession sédentaire, les troubles dyspepiques cessent comme par enchantement dès le début des vacances, et le bien-fait résultant de quelques semaines passées au grand air se fait sentir pendant de longs mois après le retour aux affaires; mais viennent une période de travail excessif, une préoccupation intellectuelle ou morale trop vive, ou même un simple excès de table comme ceux dont la vie mondaine offre trop souvent l'occasion, aussitôt les signes de l'atonie digestive se font sentir de nouveau et avec plus d'intensité.

Si on ne reconnaît pas, si on ne soigne pas cette atonie fonctionnelle, l'estomac va s'affaiblissant de plus en plus; aux troubles de la première période viennent s'ajouter de véritables indigestions, avec vomissements et diarrhée. La tunique musculaire finit par se laisser forcer, et la dilatation gastrique devient permanente. Alors la chimie alimentaire est définitivement et irrémédiablement troublée; les fermentations gazeuses, acides et putrides se succèdent dans l'estomac, dont les sécrétions appauvries ne sont plus capables ni de peptoniser la bouillie alimentaire, ni d'empêcher la pullulation des micro-organismes qui y fourmillent. Alors le tube digestif va s'altérer par le contact des matières irritantes qui le parcourent incessamment; alors les poisons absorbés par l'intestin et charriés par le sang vont exercer leur action nocive sur le foie, sur le rein, sur le poumon, sur les centres nerveux eux-mêmes. C'est la seconde période de la maladie, celle que le professeur Bouchard a surtout visée dans ses magistrales études, celle que vous pouvez observer tous les jours dans la pratique hospitalière.

Notre malade de la salle Delpech nous présente assez au complet la physionomie clinique de cette seconde période. L'appétit est d'ordinaire conservé; souvent même le dilaté est gros mangeur; il est peu difficile sur le choix des aliments; il mange vite et boit copieusement pendant et après le repas.

La première période de la digestion n'amène rien d'anormal, mais au bout de deux ou trois heures, le malade éprouve de la pesanteur épigastrique, puis un ballonnement qui l'oblige à desserrer ses vêtements; en même temps, le nez et les pommettes rougissent; il se produit des éructations gazeuses, souvent des renvois acides, du pyrosis véritable, et à mesure que le repas s'éloigne, le malaise augmente; il y a de la lourdeur de tête, des vertiges, une sécheresse avec contraction douloureuse de la région œsophagienne, parfois une bizarre sensation de vide qui ressemble à la faim et qui incite le malade à un nouveau repas. Souvent les troubles vont plus loin encore : il y a des crises de douleurs stomacales, plus ou moins vives, de véritables gastralgies, parfois très intenses et qui paraissent dues à un spasme de l'anneau pylorique. En pareil cas, on observe parfois des vomissements; ceux-ci peuvent être purement muqueux, ou formés de résidus alimentaires; ces derniers sont souvent d'une abondance extraordinaire et renferment des dé-

Digitized by Google

bris reconnaissables de repas pris plusieurs jours auparavant; les matières vomies exhalent d'ordinaire une odeur acide très accentuée; en pareil cas, le vomissement est suivi d'un soulagement marqué.

Les malades sont en général constipés : les garde-robes, rares et tardives, sont formées en partie de petites boules dures et sèches, en partie de matières pâteuses, d'une odeur fétide; les évacuations sont pénibles, incomplètes et suivies d'un anéantissement singulier. Parfois, à la suite d'une fatigue ou d'un écart de régime, il y a des coliques vives, suivies d'une diarrhée liquide, d'une véritable débâcle : après quoi la constipation reprend de plus belle. Le sommeil des malades est pénible, agité, accompagné de cauchemars, de sueurs profuses; au réveil ils se plaignent d'une lourdeur de tête indescriptible, d'un brisement absolu des forces. Cette sensation est passagère, et se dissipe bientôt, mais la bouche reste amère, pâteuse, l'haleine fétide; les traits sont pâles, tirés, et ces symptômes persistent jusqu'au moment du repas, qui fait momentanément diversion.

Si on examine avec soin un de ces malades, on n'a pas de peine à reconnaître que l'estomac est dilaté et dépasse considérablement ses dimensions normales. Plusieurs heures après le repas, il est encore semblable à une outre à demi-pleine. Le matin, quand le malade est à jeun depuis la veille, sa cavité peut être virtuellement effacée, mais il n'est pas rétracté pour cela; il pend dans la cavité abdominale comme un tablier : pour peu qu'on fasse ingérer au malade un demi-verre d'eau, et qu'on le fasse étendre dans le decubitus dorsal, il est aisé d'obtenir le clapotage caractéristique. Je vous ai montré comment il fallait procéder : avec trois doigts de la main droite on imprime à la paroi abdominale une série de petites secousses verticales, courtes, profondes, un peu saccadées; on obtient ainsi la collision des liquides et des gaz renfermés dans l'ampoule stomacale. Le clapotage qui, normalement, ne dépasse guère en bas la ligne tirée de l'ombilic au rebord des fausses côtes gauches, s'étend beaucoup plus loin chez les dilatés; souvent on le perçoit jusqu'à trois travers de doigt au-dessous du nombril. Parfois, comme chez notre malade, quand les parois du ventre sont flasques, la forme de l'estomac se dessine nettement au travers.

Ces signes physiques de la dilatation sont importants à constater; ils veulent être recherchés : ils peuvent seules mettre sur la voie du diagnostic, lorsque les phénomènes digestifs proprement dits sont peu apparents et que la maladie ne se traduit que par des symptômes indirects, résultant de l'auto-intoxication chronique. C'est qu'en effet, à côté des cas complets, manifestes, où l'estomac crie son mal, pour ainsi dire, il en est d'autres et en grand nombre où les troubles gastriques restent silencieux, où il n'y a ni pesanteur digestive, ni gastralgies, ni vomissements, et où cependant l'altération de la chimie alimentaire retentit profondément sur la nutrition générale, et provoque une série de complications capables de masquer la maladie principale. Ces complications, je vous en ai montré l'ébauche à la période initiale de la maladie : c'est d'abord la congestion du foie, de l'organe qui est le premier exposé à l'action délétère des poisons absorbés par l'intestin; quand il y a simultanément de l'hypertrophie de la glande hépatique, un peu d'ictère, et des crises gastralgiques, on conçoit aisément que l'observateur non prévenu songe à la lithiase biliaire; l'examen direct de l'estomac peut seul le tirer d'erreur. La congestion du foie, quand elle est souvent répétée, peut amener le déplacement du rein droit; chez les femmes surtout, comme l'a montré Bouchard, la constriction du corset obligeant le foie à se développer en bas, le rein est chassé peu à peu de sa loge, devient mobile et douloureux; le même fait a été observé chez les militaires.

Mais les poisons absorbés ne sont pas tous arrêtés par le foie; beaucoup d'entre eux passent dans la grande circulation et arrivent au contact des centres nerveux. On sait quelle prise offrent ceux-ci à toutes les intoxications : aussi les troubles nerveux sont très fréquents chez les dilatés. C'est tantôt de la céphalée habituelle, des vertiges, de l'obnubilation intellectuelle, tantôt des troubles psychiques véritables, de la tristesse, de l'hypochondrie, quelquefois, du délire lypémaniaque, et à une période plus avancée, on peut observer des névralgies intercostales doubles (Chantemesse), parfois même des crampes d'une forme spéciale, véritable contracture des extrémités analogues à la tétanie, que Kussmaul a signalée le premier chez les dilatés.

Les glandes de la peau, les reins, la muqueuse respiratoire elles-même, en leur qualité d'émonctoires de l'organisme, ne peuvent échapper à l'action irritante des produits toxiques, fixes ou volatiles, qu'ils concourent à éliminer. Plus encore que dans la première période, on observe tantôt des dermatoses diverses, telles que l'acné, la séborrhée, l'eczéma, tantôt des douleurs rénales et de l'albuminurie, parfois des poussées de bronchite catarrhale, accompagnées ou non d'accès asthmatiques, et qu'il ne faut pas confondre avec les crises de dyspnée réflexe dont je vous parlais tout à l'heure. (*A suivre*)

LE TRAITEMENT DES MALADIES

(REVUE BI-MENSUELLE DE THÉRAPEUTIQUE)

MÉDECINE

I. *La tachycardie essentielle paroxystique et son traitement. Les tachycardies bulbaires.* — II. *Traitement de la dyspepsie et des vomissements par la teinture d'iode.* — III. *Les principales incompatibilités du calomel.*

I. **La tachycardie paroxystique et son traitement.** — En France et à l'étranger, on a décrit depuis quelques années une maladie nouvelle caractérisée par des accès de tachycardie qui surviennent de temps en temps et qui sont caractérisés par une accélération parfois extrême des battements cardiaques pouvant atteindre 150 et même 300 par minute. Cette affection est « essentielle » en ce sens qu'elle n'est pas sous la dépendance d'une affection organique des valvules ou du muscle cardiaques, ou encore d'une maladie d'un organe plus ou moins éloigné, et qu'elle doit être attribuée à une perturbation fonctionnelle de l'innervation motrice du cœur; elle est « paroxystique » et se distingue ainsi des tachycardies permanentes que l'on observe dans différentes affections. Cette maladie n'est pas sans gravité, puisque M. Bouveret, qui cite deux observations personnelles dans un travail publié à ce sujet, en 1889, dans la *Revue de médecine*, a noté la mort subite parmi les terminaisons assez fréquentes. — La durée des paroxysmes est variable; elle peut n'être que de quelques heures, ou de quelques semaines.

Digitized by Google

La nature exacte de cette affection n'est pas encore élucidée, et les auteurs sont partagés sur la question de savoir s'il s'agit d'une paralysie transitoire du pneumogastrique, ou d'une excitation des nerfs accélérateurs du sympathique.

Si j'en juge par quatre cas que j'ai déjà vus, et dont l'un est relatif à une femme que j'ai eu l'occasion d'observer avec le Dr Droin (d'Auxerre), il est permis de supposer l'existence d'un état paralytique du centre bulbaire. — Dans la grippe, qui affecte si profondément le système nerveux, on observe, comme je l'ai déjà dit, d'une façon permanente ou paroxystique, les symptômes de la paralysie du nerf vague, symptômes parmi lesquels on peut distinguer une sorte de tachycardie. Je publierai bientôt tous ces faits ; mais, à cette place, je veux d'abord indiquer les modes de traitement qui ont été imaginés contre cette affection nouvelle : la tachycardie essentielle paroxystique.

Pendant l'accès — et c'est à ce moment là seulement que la médication a été appliquée — les malades recherchent l'immobilité, le décubitus dorsal de préférence au décubitus latéral droit ou gauche qui exaspère les accidents; ils redoutent d'instinct les émotions, les mouvements un peu brusques, et il est inutile d'ajouter que, pendant la période paroxystique ou dans les stades intercalaires, il faut proscrire le thé, le café, le tabac, les aliments excitants etc. D'après Bouveret, la digitale n'exerce aucune action modératrice sur cette tachycardie, et pour ma part, je n'en ai pas obtenu de bons effets ; cela prouve, une fois de plus, que ce médicament n'a pas une action bien évidente sur le nerf vague ; je vais même plus loin, je crois que la digitale n'est pas un médicament directement cardiaque, dans le sens que l'on doit attacher à ce mot, et qu'elle agit plutôt indirectement sur le cœur, à la périphérie du système circulatoire.

Pour modérer cette tachycardie, le traitement qui jusqu'ici a donné les meilleurs résultats, est celui que Czermak en 1868, et Quincke en 1875 (*Berl. Klin. Woch*,) ont imaginé : il consiste dans la compression de la région cervicale exercée vers le trajet des carotides et surtout sur celui de la carotide gauche. Cette compression, pratiquée à la hauteur du cartilage thyroïde, pour éviter la compression du vaisseau, agit en excitant mécaniquement le tronc du nerf pneumogastrique ; elle serait assez promptement suivie du ralentissement des battements du cœur.

Voici encore un autre moyen indiqué par Nothnagel, et qui a été employé avec succès par Bouveret :

Le malade peut arrêter un accès et en retarder l'explosion, lorsqu'il suspend ses mouvements respiratoires en inspiration profonde. « Une grande inspiration exerce des tiraillements sur les filets pulmonaires du pneumogastrique. Il en résulte une forte excitation de ces filets nerveux, et il est probable que cette excitation, transmise au bulbe rachidien, y réveille l'action défaillante des centres modérateurs.

Je donne l'explication pour ce qu'elle vaut. Mais, puisque le traitement a pour but de « réveiller l'action défaillante des centres modérateurs », je me demande pourquoi on n'a pas cherché à agir directement sur ces centres nerveux, plutôt que d'une façon indirecte et par le mécanisme des actes réflexes. Il y aurait donc lieu de chercher à agir plus directement et plus près du centre bulbaire, en appliquant des vésicatoires ou des pointes de feu au niveau de la nuque ou encore des courants électriques à ce niveau. Il y a deux ans, à la *Société de thérapeutique*, j'insistais sur les bons effets des pulvérisations de chlorure de méthyle sur le trajet de la colonne vertébrale dans l'irritation spinale et la chorée, et j'ajoutais que je les avais utilisées dans le traitement des névroses bulbaires parmi lesquelles le goître exophthalmique tient une place prépondérante. C'est ainsi que j'ai réussi à calmer les accès de tachycardie si fréquents et si douloureux de cette affection. Or, dans sa thèse inaugurale (18 juin 1889) le Dr Duchaussoy a cité, sans connaître mes recherches à ce sujet, un cas très favorable à ce mode de traitement :

Un homme de 38 ans, épileptique depuis quelques années seulement, était tourmenté par une tachycardie permanente (120 à 130 pulsations par minute). L'existence d'un tremblement spécial avait fait penser à mon savant collègue, le Dr Ducastel, qu'il s'agissait peut-être, en l'absence d'exophthalmie et d'hypertrophie du cœur et de la thyroïde, d'un de ces cas frustes de goître exophthalmique dont les exemples se multiplient tous les jours. Contre cette tachycardie, toutes les médications avaient échoué. C'est alors qu'on eut l'idée de « styper » la nuque du malade. Or, sous l'influence de pulvérisations de chlorure de méthyle ou d'applications de coton imbibé de chlorure de méthyle (stypage) sur la nuque, les battements cardiaques arrivèrent assez rapidement de 120 à 76 par minute. Il faut donc en conclure que cette révulsion, en déterminant l'excitation des extrémités nerveuses cutanées, modifiait par action réflexe, la circulation bulbaire et relevait ainsi l'action des nerfs vagues.

Sans doute, ce fait ne rentre pas — au point de vue nosologique — dans les exemples de tachycardie *essentielle* et *paroxystique* auxquels j'ai fait allusion plus haut. Mais on peut, *thérapeutiquement*, conclure de l'un aux autres. On doit même, à ce sujet élargir le cadre des applications thérapeutiques du chlorure de méthyle au niveau de la région cervicale postérieure correspondant au centre bulbaire, et je me crois autorisé à formuler cette opinion.

Il existe certaines palpitations ou tachycardies essentielles comme il y a des bradycardies, il y a même des arythmies dont le siège et la cause ne sont pas au cœur, mais au bulbe. Contre ces troubles fonctionnels d'origine bulbaire, la digitale et les médicaments cardiaques sont impuissants ; à maladie bulbaire, il faut opposer une médication bulbaire. Quand le premier en France, j'ai démontré les bons effets de l'antipyrine dans le diabète sucré et insipide, j'ai pu affirmer l'action bulbaire de ce dernier médicament. Donc, contre les accès paroxystiques de la « tachycardie » essentielle, l'antipyrine paraît indiquée. On doit y joindre la compression du pneumogastrique gauche au cou, et les pulvérisations de chlorure de méthyle à la nuque. Cette médication répond ainsi à la double indication, d'agir à la fois sur les centres nerveux et le nerf pneumogastrique.

II. **Traitement de la dyspepsie et des vomissements par la teinture d'iode.** — En 1850, un allemand, Rademacher, recommandait l'emploi de la teinture d'iode « contre les maux d'estomac, le vomissement et les maladies du pancréas. » A la même époque, Meyer préconisait l'iodure de potassium à petites doses contre les mêmes maladies, et recommandait la formule suivante :

Eau distillée	300 gr.
Iodure de potassium	0,30 centigr.

Une cuillerée à soupe au milieu de chaque repas.

Mais, depuis longtemps, Lasègue recommandait l'emploi interne de la teinture d'iode dans les dyspepsies, et

Digitized by Google

ses élèves MM. Pauchon (de Marseille), et Ollé (*Thèse de Paris*, 1878), ont particulièrement insisté sur les bons effets de cette médication. D'après ce dernier observateur, qui a fait autrefois des expériences très concluantes sur lui-même, l'alcoolé d'iode « arrête le vomissement, et rend l'appétit aux dyspeptiques, il conserve les forces des malades, en même temps qu'il favorise l'élaboration des aliments par l'irritation des glandes stomacales ; enfin, il calme la douleur rapidement. »

Tout dernièrement, (déc. 1889), M. F. Cartier, interne des hôpitaux de Paris, a recueilli, sous la direction de mon savant collègue, M. Roques, 19 observations de malades atteints de vomissements de causes diverses, et traités avec succès par la teinture d'iode à l'intérieur. Parmi elles, 11 portent sur des sujets tuberculeux, et dans presque tous ces cas, la teinture d'iode a donné de bons résultats. Chez une femme de 59 ans, atteinte de dilatation bronchique, et qui fut emportée plus tard par une poussée granuleuse, les vomissements étaient incessants depuis trois semaines. Dès le premier jour de l'usage de la teinture d'iode, « elle ne vomit plus, et pendant huit jours elle continua le médicament, et fut guérie de ce symptôme sans présenter d'accidents d'iodisme. »

L'action de la teinture d'iode est utile surtout contre les vomissements liés à la gastrite alcoolique, ulcéreuse ou non, à l'ulcère simple, à la grossesse, à la chlorose, aux vomissements de la convalescence de la fièvre typhoïde, de la tuberculose pulmonaire, etc. D'une façon générale enfin, elle paraît s'exercer sur le plus grand nombre de vomissements incoercibles.

Pour ma part, j'emploie dans tous ces cas, la teinture d'iode depuis plus de dix ans, et j'en ai obtenu de très bons effets, ce qui me permet de donner mon opinion personnelle sur cette médication.

Enfin, Nothnagel et Rossbach, dans la dernière édition de leur traité de thérapeutique (1889), recommandent aussi l'usage interne de la teinture d'iode, et s'expriment ainsi, sans citer les auteurs français :

« La teinture d'iode n'est employée à l'intérieur que dans un seul cas : c'est pour combattre les vomissements incoercibles. On ne peut pas plus expliquer son action que préciser les conditions qui réclament plus spécialement son emploi. Notre expérience nous permet cependant de croire qu'elle est particulièrement indiquée contre les vomissements indépendants de toute lésion anatomique de l'estomac, surtout contre les vomissements « nerveux sympathiques. » (Naturellement, on n'en espérera aucun résultat avantageux quand les vomissements seront de cause cérébrale). On pourra donc prescrire la teinture d'iode pour calmer les vomissements des femmes enceintes, ceux qui accompagnent la maladie bronzée, etc. Mais nous devons prévenir que ce moyen échouera plus souvent qu'il ne réussira. »

Cela dit, quels sont le mode d'emploi et la posologie du médicament ?

La teinture d'iode diluée dans l'eau (et il faut se rappeler que 120 gr. d'eau sont suffisants pour dissoudre dix gouttes de teinture d'iode, sans qu'il soit nécessaire d'y ajouter un peu d'iodure), a un goût désagréable dont se plaignent souvent les malades. Pour éviter cette mauvaise saveur, il suffit de prescrire 5 à 10 gouttes de teinture d'iode dans un verre à Bordeaux, de vin d'Espagne, de vin de Malaga, par exemple.

Une seconde condition pour bien faire supporter le médicament, est de le donner au moment ou vers la fin du repas.

La plupart des malades — dit M. Cartier — prennent le médicament avec plaisir. Après l'avoir bu, ils ressentent en général une sensation de chaleur à l'estomac, comme s'ils avaient pris un verre de liqueur forte, sensation qui dure de cinq à vingt minutes, mais qui n'est pas pénible ; d'autres n'éprouvent aucune sensation.

Maintenant, quelles sont les doses moyennes du médicament, et quelles sont celles qu'il ne faut pas dépasser ?

A ce sujet, voici quelle était la pratique de Lasègue : Il donnait au début 8 gouttes matin et soir, il augmentait progressivement de façon à prescrire 30 gouttes au bout de huit jours et 40 au bout de quinze jours. Il dépassait rarement ce chiffre. Lorsque l'état dyspeptique était amélioré, et cette amélioration se fait très rapidement sentir, il diminuait le médicament par doses décroissantes, sans le cesser brusquement.

Or, mes expériences personnelles ne confirment pas cette pratique, et je pense que les doses prescrites étant trop élevées, peuvent exposer inutilement les malades aux accidents d'iodisme. Je me contente de prescrire 5 à 10 gouttes, au plus, deux fois par jour, dans un peu de vin de Malaga, et j'ai toujours trouvé inutile de dépasser cette dernière dose. Souvent, j'associe le chloroforme en nature, ou l'eau chloroformée saturée à la teinture d'iode, et j'en ai obtenu de bons résultats qui s'expliquent très bien par l'action antifermentescible, analgésique et hypérémiante du chloroforme, laquelle s'ajoute à l'action de la teinture d'iode. Voici, à ce sujet, deux formules qu'on peut recommander :

Teinture d'iode.....	} ãã 5 gr.
Chloroforme.....	

Prendre cinq gouttes matin et soir, au moment des repas, dans un peu d'eau.

Teinture d'iode.....	5 gr.
Eau chloroformée saturée.....	15 gr.

Prendre dix gouttes matin et soir, au moment des repas dans un peu d'eau.

III. **Les principales incompatibilités du calomel.** — Un de mes lecteurs me pose la question suivante :

« Quand je prescris le calomel, dois-je toujours rééditer cette recommandation qui m'a tout l'air d'une banalité thérapeutique : Et surtout, pas d'acides, pas de sel ! — Hippocrate dit oui, et Galien dit non. Dernièrement encore, un livre de thérapeutique, très moderne, disait que cette recommandation était inutile ; car, à mon humble avis, notre sang contient assez de chlorure de sodium, et notre estomac assez d'acides pour que le protochlorure puisse se transformer en bichlorure. »

Voici ma réponse à cette question, certainement très importante au point de vue pratique :

Le calomel, ou proto-chlorure de mercure, est prescrit journellement comme purgatif, vermifuge etc.... Il est donc indispensable que le médecin connaisse bien quels sont les médicaments auxquels il ne faut pas l'associer et quelles précautions nécessite son administration.

Voyons d'abord ses principales propriétés chimiques :

Le calomel est insoluble dans l'eau. Les alcalis le transforment en mercure métallique et bichlorure. L'acide chlorhydrique concentré le transforme à chaud en bichlorure. Mialhe a fait voir qu'à la température ordinaire et en présence de l'air, les chlorures alcalins le dissolvent en partie à l'état de bichlorure. Les iodures alcalins agissent de même. Enfin, l'acide cyanhydrique donne avec le calomel du mercure métallique et du bichlorure de mercure.

Digitized by Google

Ces faits bien établis montrent quelles sont les incompatibilités du calomel:

1° Tous les chlorures alcalins. Il faut donc proscrire toute boisson salée quand on donne le calomel.

2° Dans certaines maladies, le calomel est prescrit à doses fractionnées en même temps que le malade est soumis au traitement de l'iodure de potassium. Or, nous avons vu que ce sel donne du bichlorure avec le calomel. Il est donc bon d'éviter leur rencontre dans l'estomac;

3° Il est indispensable de ne pas associer le calomel aux préparations renfermant de l'acide cyanhydrique telles que: eau de laurier cerise, looch blanc, eau distillée d'amandes amères;

4° Quelques auteurs prescrivent les boissons acides après l'ingestion du calomel. Or, les acides ne transforment ce sel en bichlorure que lorsqu'ils sont concentrés et à chaud. Il semble donc que cette précaution est superflue.

Conclusion. — Malgré la présence normale dans l'estomac d'acides qui peuvent transformer le calomel en bichlorure de mercure, et quoique les accidents d'intoxication mercurique soient extrêmement rares après l'emploi de boissons salées ou acides chez un malade qui vient d'absorber du calomel, il est certainement plus prudent et plus logique de s'en abstenir. Et cette règle thérapeutique doit être d'autant plus observée qu'elle est facile à suivre.

Je crois avoir répondu à la question, au point de vue chimique d'abord, au point de vue thérapeutique ensuite.

Henri Huchard.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I. — Traitement de la septicémie puerpérale par les injections intra-utérines. — II. Du curage de l'utérus dans les septicémies puerpérales. — III. Traitement de la rétention placentaire par le curage utérin.

I. **Traitement de la septicémie puerpérale par les injections intra-utérines.** — Il y a lieu, en matière de septicémie puerpérale, de séparer les accidents qui apparaissent après un accouchement à terme ou non, de ceux qui se produisent après un avortement. Dans ce second cas, la surface interne de l'utérus moins étendue que plus tard, offre des voies moins nombreuses à l'introduction des germes, et de fait, les femmes résistent mieux et plus longtemps.

Lorsqu'il s'agit d'un accouchement, il faut encore distinguer deux formes différentes de septicémie. L'une qui débute presque de suite, ou tout au moins dans les trois ou quatre premiers jours après l'expulsion du fœtus, cette variété d'infection peut se traduire soit par une lymphangite utérine ou par une péritonite suppurée, soit par des abcès développés plus ou moins loin de la zône génitale, soit par des escharres vulvaires, vaginales, utérines, par des fausses membranes, pseudo-diphtéritiques, toutes lésions dues à un seul et même microbe, le streptocoque. L'autre forme d'infection répond à ce que les anciens appelaient l'infection putride; elle est produite par des putréfactions d'un débris de placenta ou de membranes retenues dans la cavité utérine. L'agent microbien n'est plus ici le streptocoque, c'est le vibrion septique.

Que faire pour lutter contre ces accidents?

Fixons les idées par des exemples. Une femme accouche spontanément ou à l'aide d'une intervention. Le délivre est complet. On l'a examiné avec soin, et on est certain qu'il ne reste pas de cotylédon ou de membranes dans la cavité utérine. Pour une raison ou pour une autre, l'antisepsie a été incomplète et le troisième jour, la femme est prise d'un frisson; le pouls s'élève, la température avec lui, et l'utérus devient douloureux au niveau d'un ede ses cornes. Le mieux alors, est d'instituer de suite les injections intra-utérines. Celles-ci seront faites ou avec la sonde en fer à cheval de M. Budin, ou avec celle de M. Doleris, ou encore avec la sonde en verre de M. Tarnier. La canule en verre, dont on se sert d'habitude pour les injections vaginales, peut être utilisée à condition que l'utérus n'ait pas resserré trop énergiquement son orifice interne (1). On introduira dans la matrice, environ deux litres de solution antiseptique par injection. Les solutions antiseptiques les plus usitées sont le sublimé à 0,25 centig. pour un litre d'eau, l'acide phénique au quarantième, l'acide borique à 3 pour 100, le permanganate de potasse à un pour deux mille, le chloral au centième, etc. D'une façon générale, les titres de ces solutions sont faibles, et c'est une nécessité pour éviter les accidents de résorption médicamenteuse et d'intoxication. Ces craintes ont surtout lieu d'être pour le sublimé. On renouvellera deux, trois fois par jour ces injections intra-utérines. L'eau bouillie rend aussi des services, mais à la condition d'être employée avec une solution réellement antiseptique : c'est-à-dire que de deux injections, l'une sera faite à l'eau bouillie, l'autre au sublimé ou à l'acide phénique et ainsi de suite.

Un traitement interne sera en même temps prescrit, on donnera par jour 1 gr. à 1 gr. 50 de sulfate de quinine et surtout on insistera sur les boissons alcooliques qui sont d'une importance capitale. Il faudra soutenir aussi les forces de la malade par une alimentation tonique et reconstituante.

Si le cas est grave, si le frisson initial a paru le premier ou le deuxième jour après l'accouchement, l'infection est des plus redoutables, et trop souvent le traitement restera sans effet.

II. **Du curage de l'utérus dans la septicémie puerpérale.** — Faut-il alors recourir au grattage de l'utérus ou au curage? C'est là une méthode fort préconisée depuis quelques années, qui à été très à la mode en Allemagne, pour être bientôt abandonnée, et qui tend à s'introduire chez nous. A la vérité, il semble que l'on ne doit pas trop y compter.

Dans les cas d'infection que nous supposons, alors qu'il n'y a pas de débris placentaires dans l'utérus — ou les accidents sont légers et les injections suffisent; — ou la paroi de l'utérus est prise de part en part, les lymphatiques ont absorbé le poison pour le transporter au loin, et le grattage restera lui aussi impuissant.

Dans le cas où un morceau de cotylédon est resté dans l'utérus seul ou avec des lambeaux de membranes, la fièvre va s'allumer vers le quatrième jour, des hémorrhagies se feront, et l'on assistera au tableau de l'infection putride sans tendance aux suppurations. C'est ici que le curage est surtout préconisé (2). La curette ou l'écouvillon doit ramener tous les débris restés dans l'utérus. C'est parfait en théorie; mais en

(1) Jasinski : *Thèse de Paris* 1889.
(2) *Chartier*, Th. de Paris 1889.

Digitized by Google

pratique, le curage agit à l'aveugle, passe à côté d'un morceau de placenta, le laisse dans l'utérus, et on l'y retrouve à l'autopsie. Il y a mieux à faire : introduire la main dans l'utérus ; au besoin si l'orifice interne est trop étroit, se contenter d'y insinuer un ou deux doigts, ou mieux dilater mécaniquement le col, avec l'instrument de Sims, par exemple, et aller pratiquer le toucher intra-utérin. On reconnaîtra les morceaux de cotylédon ou de membranes, on les décollera et on les extraira. S'ils sont adhérents au point de résister au doigt, on pourra, dans ce cas seulement, se servir d'une curette, mais alors l'instrument sera guidé par la main introduite dans l'utérus, limitera son action au point voulu au lieu de transformer toute la surface interne de l'utérus en une vaste plaie qui favorise encore l'introduction des germes bien loin de guérir le mal. Les injections intra-utérines, le sulfate de quinine, l'alcool trouvent ici encore leur application.

III. Traitement de la rétention placentaire par le curage utérin. — Une difficulté considérable provient de ce que du seigle ergoté aura été administré intempestivement et aura emprisonné le délivre dans la cavité-utérine. On essaiera encore d'y pénétrer, mais il faudra manœuvrer avec prudence et douceur, et trop souvent on devra renoncer à extraire le placenta. Il faudra attendre, faire des injections intra-utérines, lutter contre la contracture utérine à l'aide de l'opium, du chloral, du chloroforme. Malheureusement l'effet de l'ergot se prolonge pendant plusieurs jours, et pendant ce temps, le placenta se putréfie et la septicémie s'installe. La mort de la patiente est trop souvent inévitable.

S'il s'agit d'un avortement suivi de rétention placentaire, on devra se comporter comme nous l'avons dit ici même, l'année dernière : Faire le toucher intra-utérin, se rendre compte du degré de l'adhérence placentaire et de son étendue en surface et, si les accidents menacent, décoller le délivre avec les doigts, puis faire ensuite des lavages intra-utérins. Le curage n'est pas nécessaire dans la majorité des cas ; il ne peut s'appliquer qu'à des circonstances spéciales, et à la condition d'être toujours guidé par un doigt ou deux introduits dans la cavité utérine. On évitera ainsi de léser des surfaces saines, et d'accroître par suite les chances d'infection.

Dr Demelin.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

GYNÉCOLOGIE

Du traitement de l'ovarite par l'électricité par M. le Dr Brose. — Ce sont les courants faradiques à haute tension qui procurent les succès. Voici la technique adoptée par l'auteur : (*Central. f. gynœk.* 19 Oct. 1889).

On introduit l'anode dans le vagin. Le cathode qui est formé d'une large plaque est placé sur la paroi abdominale. On emploie un courant bipolaire et on prolonge la séance jusqu'à ce que la sensibilité ovarienne soit atténuée.

Il est nécessaire de répéter les séances un nombre de fois, qui varie d'ailleurs de quatre à trente cinq, pour obtenir une guérison durable. A l'appui de ces conclusions M. Brose rapporte vingt cinq observations. Vingt et une fois la guérison a été complète ; deux fois partielle, et nulle dans deux autres cas. S. R.

De la périnéorrhaphie, par la méthode de Lawson-Tait. par le Dr Adolf Torngren. — L'auteur rapporte quatorze cas où il a pratiqué avec succès la périnéorrhapie d'après Lawson-Tait. (*Finska Läk. Hand*, Février 1890).

Les déchirures du périnée étaient complètes dans trois cas, dont l'un était compliqué de prolapsus de l'utérus et du vagin et d'une fistule vésico-vaginale. Dans les autres cas, les déchirures étant incomplètes, il y avait prolapsus de l'utérus ou du vagin chez cinq malades, des déchirures du col chez deux. Chez les quatre dernières malades il existait du catarrhe utérin grave. En raison de ces complications les opérations suivantes (sauf la périnéorrhaphie) furent pratiquées : neuf curetages de l'utérus deux trachélorrhaphies, quatre élythorrhaphies, trois amputations du col et enfin l'opération de la fistule vésico-vaginale.

Les opérées n'ont pas eu de fièvre ; chez une seule la température monta les deux premiers jours jusqu'à 38, 2. Des purgatifs légers ont été administré dès le premier jour. N.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Les bromures alcalins dans les cardiopathies, par M. le Dr Ch. Liégeois. — On peut résumer ainsi le mémoire de notre distingué collaborateur. (*Bull. méd. des Vosges*, janvier, 1890, p. 9.)

1o Les bromures alcalins, aux doses quotidiennes de 4 à 5 grammes, calment parfois les palpitations cardiaques d'origine psychique ou névrosique, ou plutôt celles qui s'accompagnent d'hypotension artérielle.

2o Malgré l'affirmation contraire, les bromures sont contre-indiqués pour réprimer l'énergie circulatoire dans la période hypersystolique des lésions valvulaires du cœur, mitrales ou aortiques, exagérément compensées ou lutter contre les palpitations, avec ou sans hypertrophie cardiaque, liées à l'exagération permanente ou intermittente de l'artério-tension ou à l'artério-sclérose du cœur au début. L'auteur les accuse de provoquer alors une sensation continue de barre sous-sternale, premier pas vers l'angor.

3o Ils ne sont probablement utiles dans le goître exophtalmique que si celui-ci est une manifestation du mal comitial.

4o Le cœur lent n'est justiciable des bromures que lorsqu'il coïncide, ce qui est peu commun, avec une attaque incomplète ou complète d'épilepsie.

5o La céphalalgie et l'insomnie des cardiopathes sont avantageusement modifiées par les bromures, mais seulement chez les cardio-mitraux à face et à conjonctives injectées. L'auteur proteste contre leur administration dans la céphalalgie, l'insomnie et les vertiges des aortiques. Il invite les praticiens à s'en assurer, avant d'entreprendre la bromurisation qui serait inutile, sinon dangereuse, si les accès épileptiformes ne relèvent pas de quelque lésion aortique latente.

6o Les bromures alcalins (4 à 8 gr. par jour), soulagent le pseudo-asthme précoce ou tardif des cardiopathies valvulaires, le pseudo-asthme tardif des cardiopathies artério-scléreuses ou aortiques dans la période d'asystolie. Ils sont impuissants contre la dyspnée précoce des cardiopathies artérielles et, plus encore, des cardiopathes artério-scléreuses des reins.

7o Le premier, en 1881, il s'est élevé contre l'emploi du bromure de potassium dans l'angine de poitrine organique et dans celle par vaso-constriction coronaire. Il n'excepte point de cet ostracisme le bromure d'ammonium faussement doté, pense-t-il, de propriétés artério-dépressives. Généralement inefficaces dans la neurasthénie et dans l'hystérie, les bromures ne lui paraissent pas appelés à un sérieux effet préventif dans l'angine de poitrine névralgique liée à des causes constitutionnelles.

M. Liégeois montre combien sont rares les indications des bromures alcalins dans les cardiopathies : on en a abusé, on en

Digitized by Google

abuse encore tous les jours; il est temps de réduire cette médication à sa juste valeur. N.

De l'emploi du paracrésotinate de soude par M. le Dr Demme. — Cet agent antithermique peut s'administrer aux enfants à la dose de dix centigrammes pour ceux âgés de deux à quatre ans. Il diminue la température et désinfecte les selles dans le cours de la fièvre typhoïde; mêmes indications dans la tuberculose. Enfin, autres avantages, il est bien toléré par l'estomac (*Wien. med. Press.* 1890, n° 6).

M. Demme le prescrit ainsi.

Paracrésotinate de soude...	0. 10 à 0,20 centigr.
Teinture d'opium.....	II à III gouttes
Cognac.....	1 gramme
Sirop de gomme.....	5 grammes
Eau distillée.....	30 grammes

Une cuillerée café toutes les deux heures.

On peut l'employer encore comme substitutif du salicylate de soude. S. R.

Traitement abortif de l'érysipèle par M. le Dr Afanasy Scktcherbakof. — Ce traitement consiste à limiter la surface érysipélateuse par une couche de collodion élastique qui a pour objet « d'arrêter la marche de l'érysipèle » (*Novosti Térap.* n° 2, 1890, p. 33).

On pratique de plus des onctions sur la plaque érysipélateuse avec la pommade suivante :

Sulfate de fer anhydre.....	4 grammes
Vaseline.....	35 grammes

S. R.

De l'acide camphorique contre les sueurs nocturnes des phtisiques, par M. le Dr Furbinger. — A la dose de 2 grammes le soir dans des cachets, ou de 2 à 3 grammes le soir et de 2 grammes à midi, ce médicament est recommandé par le Dr Fürbringer (*Charinte Annale* 1890) contre les sueurs des phtisiques.

On peut aussi le prescrire en solution alcoolique. Localement il n'a pas produit de grands résultats. H. G.

Du traitement de l'obstruction intestinale par les lavements d'éther, par M. le Dr Clausi. — Cette médication a été employée deux fois avec succès après l'échec des traitements classiques (*Il Morgagni*, sept, 1889).

Elle consiste dans l'administration d'un lavement ainsi formulé :

Ether sulfurique.....	12 grammes.
Alcool.....	90 grammes.
En une solution que l'on ajoute à	
Eau de fenouil.....	300 grammes.
Pour un lavement.	

Ce lavement est introduit au moyen d'une longue canule aussi avant que possible dans le rectum. Il cause quelques douleurs abdominales; il est suivi, d'évacuations ayant l'odeur de l'éther d'abord puis, un moment après, de l'expulsion de matières fécales.

M. Clausi attribue cet effet thérapeutique à l'excitation des mouvements péristaltiques, par l'action irritante de l'éther sur les terminaisons nerveuses et à la distension de l'intestin par les vapeurs de ce liquide médicamenteux. S. R.

Des insufflations de soufre et de quinine contre l'angine diphtéritique, par M. le Dr Burghard. — Ce traitement est consiste à pratiquer deux fois par jour dans le larynx, les fosses nasales ou le pharynx, suivant le siège de l'affection, des insufflations avec la poudre suivante :

Soufre finement pulvérisé.....	} ãã 5 grammes
Sulfate de quinine.....	

Cette poudre ne possède qu'une faible odeur et ne provoque aucun trouble digestif (*Journ. of amer. med. assoc.*, 1890, p. 92.)

Après son emploi, la fièvre diminuerait et les fausses membranes deviendraient plus rares. La statistique de l'auteur est exceptionnellement favorable. Elle accuse trente-trois guérisons dans trente-trois cas. Elle aurait donc besoin d'être contrôlée. S. R.

Du traitement de la scarlatine par le bi-iodure de mercure, par M. le Dr Illingworth. — Cinq cas de scarlatine ont été traités par cette médication et dans tous les cinq, la maladie avorta vers le septième jour. (*Prov méd.* Janvier 1890, p. 6).

Dès que le rasch apparaissait, on administrait une potion au bi-iodure de mercure par doses répétées de deux en deux heures. On pratiquait, toutes les quatre heures, une pulvérisation avec une solution aux deux milièmes d'iodure mercurique et d'iodure de sodium. Dans un cas on dut pratiquer des badigeonnages pharyngiens. Enfin, dans un autre cas où la potion fut mal tolérée par l'intestin, on administra à l'intérieur le perchlorure de fer alternativement avec trois doses quotidiennes de bi-iodure en poudre, à raison d'un seizième de grain par jour.

Pour prévenir l'infection, M. Illingworth conseille de badigeonner le pharynx toutes les quatre heures, avec un pinceau imbibé d'une solution de bi-iodure aux cinq centièmes. Sous l'influence du traitement mercuriel, la température s'abaisserait, l'éruption serait peu intense et l'inflammation pharyngée prendrait l'aspect granuleux d'une angine simple. S. R.

REVUE DES LIVRES

Climatothérapia de la tuberculose pulmonare en la Péninsula espanola, Islas baleares y Canarias, par M. le Dr Zerolo (1889, Santa-Cruz de Teneriffe).

Cet ouvrage, qui a été couronné par l'Académie de Barcelone, sera utilement consulté par les hygiénistes et ceux qui s'occupent de géographie médicale.

La première partie a pour objet de déterminer les conditions climatologiques que les sanatoria doivent présenter. M. Zerolo y fait preuve d'une solide érudition et de connaissances approfondies en hygiène.

La seconde partie est un essai complet de géographie médicale de l'Espagne au point de vue des localités susceptibles de devenir des stations climatothérapiques pour les phtisiques.

Enfin la dernère partie traite du choix d'un climat en rapport avec la forme de tuberculose pulmonaire, M. Zerolo insiste sur les avantages des Iles Canaries et en particulier du climat de Vilafior et d'Orotavie, à Teneriffe.

Ce volume mériterait mieux qu'une brève mention. Nous engageons nos confrères des stations hivernales à le lire, et nous adressons à son auteur des félicitations dont son œuvre est si digne. Ch. Eloy.

De la curabilité de la phtisie pulmonaire par l'eau à une basse température par M. le Dr E. Aberg (Paris, 1890, J. Ballière).

Il y a douze ans, notre distingué confrère, qui exerce maintenant à Buenos-Ayres, traitait déjà cette question au Congrès des naturalistes scandinaves à Stockholm. Aujourd'hui il la reprend ou plutôt il la développe à nouveau et, point de vue original, considère les lotions d'eau glacée comme un moyen thérapeutique pour enrayer certains cas de phtisie pulmonaire et comme un moyen pronostique, car si à court terme ces pratiques hydrothérapiques échouent, l'espoir de guérison est nul.

M. Aberg n'est donc pas un systématique, comme le titre de cette brochure pourrait le faire croire, loin de là, et après avoir plaidé chaleureusement la faveur de cette médication, il reconnaît sincèrement que le succès dépend de l'intégrité des fonctions digestives, de l'état satisfaisant de la nutrition générale et de l'absence de complications intestinales. Ces sages

Digitized by Google

réserves font honneur à la prudence du directeur de l'Institut kinésithérapique de Buenos-Ayres. CH. ELOY.

Guide pratique de l'analyse des urines, par S. LAACHE, médecin en chef de la Clinique propédeutique de Christiania, traduit par M. le Dr X. FRANCOTTE (6e édition, Bruxelles A. Manceaux, 1889).

Ce petit livre mérite bien son nom de guide pratique. Il vise surtout le côté clinique de l'analyse des urines et la partie microscopique, mais la bactériologie ne tient que quelques pages. Les renseignements qu'il contient ont été contrôlés pendant plusieurs années de pratique hospitalière et les méthodes recommandées le sont en connaissance de cause.

Nous aurions aimé voir mettre un peu plus à contribution les travaux français qui ont été un peu délaissés pour les allemands.

L'auteur nous donne le nouveau procédé de dosage de l'albumine de Christensen (de Copenhague) qui consiste dans la précipitation par une solution de tannin. Le précipité délayé dans une solution de gomme, est versé petit à petit dans un verre contenant de l'eau jusqu'à ce qu'on ne puisse plus lire les lignes tracées sur un papier placé au-dessous du verre. H. GILLET.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Autour d'une Faculté. — La chaire de pathologie interne. — Un cours de médecine d'armée à l'Union des femmes de France. — Echo lyonnais : le médicament militaire.

La transformation de l'une des chaires didactiques de chirurgie à la Faculté de Paris, en chaire de clinique des maladies des voies urinaires, est donc un fait accompli. La décision ministérielle a-t-elle mis tout le monde d'accord ? On en avait dernièrement discuté l'opportunité dans le Conseil de la Faculté, et à travers les murs, d'ordinaire plus discrets, du bâtiment qui sert de Palais à cette dernière, le bruit du débat était venu jusqu'à l'oreille de quelques reporters de la presse médicale.

Enfin, tout est terminé et une réforme est réalisée, qui par sa généralisation, aurait l'heureux résultat d'accroître l'éclat de notre haut enseignement. Elle lui permettrait de lutter plus avantageusement contre la concurrence des universités de langue allemande, où les étudiants étrangers vont chercher si volontiers cet enseignement spécial et y trouvent des maîtres qui entièrement s'y consacrent. La chirurgie des voies urinaires n'y perdra rien, d'ailleurs, puisque la nouvelle chaire a pour titulaire son plus illustre représentant dans notre pays. J'ai nommé M. Guyon, c'est tout dire.

***

En même temps, l'élu du dernier scrutin universitaire a été appelé à occuper la chaire de pathologie interne, tout récemment rendue vacante par la mort imprévue de Damaschino. Nul mieux que M. Debove ne pourra consoler la médecine française de cette perte cruelle. Nul ne remplacera mieux le défunt par l'éclat des nombreux services qu'il a déjà rendus, et ceux qu'il rend encore chaque jour à la pathologie interne. Les travaux de M. Debove sont universellement estimés ; il est donc inutile de les rappeler. La génération actuelle les connaît ; ils sont, sinon dans toutes les bibliothèques, ce qui serait désirable, du moins dans toutes les mémoires, ce qui, à coup sûr, vaut encore mieux.

Ce n'est pas tout. En désignant M. Debove, la Faculté a fait un acte de salutaire indépendance. Il était nécessaire de décourager, enfin, les candidats qui briguent les chaires magistrales, en faisant intervenir les influences les plus extra-scientifiques. Il serait fâcheux que le Suffrage universitaire fût exposé aux mêmes surprises que le Suffrage universel.

Puisque le concours pour les chaires magistrales n'existe plus, la Faculté en est réduite à se former un jugement, en pesant les titres des candidats.

Dans l'élection actuelle, la tâche était facile. Elle a mesuré les titres de M. Debove à leur haute valeur : remercions la. En outre, félicitons-la d'avoir fermé l'oreille aux recommandations de certains hommes d'état étrangers à la science dont l'un surtout, dit-on, s'efforçait d'intervenir du fond de la retraite qu'il habite depuis qu'il est en rupture forcée de présidence. A quoi bon insister. Cela suffit : Dans la politique, le wilsonisme c'était déja beaucoup ; dans la science, ah vraiment, ce eût été de trop.

Il était temps de le prouver. Aussi après avoir cordialement félicité l'élu, on doit remercier ses électeurs.

Pour notre faculté parisienne, cette semaine est donc une de celles que l'on marquera d'un petit cailloux blanc.

***

Lundi dernier, notre estimé et cher confrère, M. Bouloumié, a inauguré, par une brillante leçon, au siège social de l'Union des femmes de France, le cours qu'il vient d'entreprendre à l'usage de nos confrères, médecins ou étudiants, appelés par la loi militaire à passer les examens de médecins de la réserve ou de la territoriale. Inutile d'insister sur l'importance de cet enseignement.

Prochainement, nous aurons l'occasion d'y revenir, et de mettre dans ces colonnes, nos lecteurs à même de juger de sa valeur et de son originalité. M. Bouloumié s'est montré un initiateur dans l'organisation des secours aux blessés et de l'Union des femmes de France ; il complète son œuvre patriotique en expliquant à nos confrères les règlements militaires, et les programmes des examens, qu'ils doivent dorénavant subir. On ne saurait assez applaudir à cette généreuse tentative.

***

Un écho de la dernière séance académique. Il arrive de Lyon, et c'est par la plume mordante du Rédacteur en chef de la *Province Médicale*.

« L'Académie de médecine sommeille ; écrit-il » — sur ce point, je diffère d'avis avec M. Augagneur, car, mardi dernier, il me semble, les membres de la savante Compagnie, éprouvaient une douce gaieté.

Elle a entendu, ajoute notre confrère, une communication — « due à M. G. Sée, qui a fait un résumé diffus des connaissances acquises par les autres, et devenues banales, pour tous, sur l'action de la caféine. »

Confrère lyonnais, vous êtes trop sévère. Une de ces connaissances est réellement inédite ; tenez : vous avez lu la harangue, relisez-la : vous y verrez que la caféine rend des jambes aux soldats qui n'en ont plus. N'est-ce pas une révélation ? Oui ; calculez : l'effectif de guerre de l'armée française est de trois millions d'hommes. A la dose quotidienne de cinquante centigrammes de caféine, cela fait, petit total, une consommation journalière de quinze cents kilogrammes de ce nouveau médicament militaire.

Avouez donc que la caféine sera désormais un précieux moyen d'épargne pour l'industrie des produits chimiques

CH. ELOY.

Digitized by Google

ACADÉMIE DE MEDECINE

(Séance du 18 mars 1890)

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

Prescription des antiseptiques par les sages-femmes. — A la suite d'études complémentaires, la Commission a modifié sa formule de la façon suivante :

Bichlorure de mercure	0 gr. 25
Acide tartrique	1 gr.
Solution alcoolique de carmin d'indigo à 1 0/0	une goutte.

coloration du liquide est bleue.

M. Hervieux lit un rapport sur la vaccine obligatoire dans l'île de la Réunion.

Election. — M. Chauvel est nommé membre titulaire dans la section de chirurgie.

SOCIETÉ MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 mars 1890.

Présidence de M. le Dr Labbé

Infection générale par le bacille typhique sans lésion intestinale. — MM. Vaillard et Vincent communiquent des recherches qui montrent combien les études micro-biologiques peuvent révéler la nature d'affections dont le diagnostic est incertain pendant la vie. Un jeune soldat entre à l'hôpital pour une grippe légère et en sort guéri. Cinq jours après, le 19 janvier, revient avec de la céphalée intense, de la fièvre, des douleurs lombaires, du délire et une excitabilité générale. Le 21 janvier il y a une épistaxis ; le 25 janvier il tombe dans le coma avec contracture des muscles de la nuque et du pharynx. Rien du côté des organes abdominaux. On songe à une méningite cérébro-spinale. Le lendemain il sort de sa torpeur et la fièvre cesse. Le 28, réapparition de la fièvre, nouveau délire, stupeur, pas d'albumine dans les urines. Le 29, coma complet, contracture des muscles de la nuque et du pharynx, mort.

A l'autopsie les méninges étaient congestionnées et sans adhérence au cerveau ; les poumons un peu congestionnés aux bases. L'intestin sur toute son étendue ne présentait pas la plus petite lésion : la rate était énorme. Le diagnostic restait donc incertain. Les recherches bactériologiques dissipèrent ces incertitudes. Des cultures faites avec la pulpe splénique, le poumon et la moelle montrèrent que ces organes étaient infectés de nombreux bacilles typhiques, M. Vaillard en conclut que ce malade a succombé à une infection de nature typhique ayant évolué sans son cortège des symptômes et des lésions habituelles.

Les recherches de MM. Chantemesse et Widal, confirment celles de M. Vaillard. L'infection typhique peut évoluer sans déterminer aucune lésion appréciable de l'intestin, et dans ces cas, on trouve le bacille d'Eberth dans des organes autres que le tube digestif.

M. Vaillard fait remarquer que l'exactitude de ses conclusions ont d'ailleurs été démontrées par la suite des évènements; quelques jours après la mort de ce malade, une épidémie de fièvre typhoïde éclatait dans son régiment.

Discussion sur la grippe. — M. Gaucher apporte le contingent des faits qu'il a observé pendant la dernière épidémie. Il insiste principalement sur deux cas de broncho-pneumonie qui ont amené la mort. Des recherches faites par la méthode des inoculations aux animaux ont démontré que chez ces malades les poumons et la rate ne contenaient ni pneumocoques, ni streptocoques. Le sang d'une autre malade ne renfermait non plus aucun de ces microbes. M. Gaucher signale ces faits sans en tirer aucune conclusion.

M. Féréol fait remarquer que l'épidémie n'est pas encore terminée: il observe en ce moment un cas grave de pleuro-pneumonie présentant les caractères de l'infection grippale.

M. Hayem n'a revu depuis plusieurs semaines aucun cas de grippe. Les bronchites, fréquentes en cette saison ne présentent aucun caractère particulier, pour le diagnostic ; le caractère épidémique de la grippe est donc seul capable de mettre sur la voie du diagnostic.

M. Huchard étudie: 1o le pouls et la tension artérielle dans la grippe ; 2o les manifestations articulaires, le pseudo-rhumatisme infectieux ; 3o le réveil ou l'aggravation des maladies par la grippe.

1o Le pouls présente des caractères souvent spéciaux; dans beaucoup de cas, il est accéléré, petit et presque imperceptible. Dans la convalescence, il présente encore les caractères du pouls *instable*, ce qui indique *un abaissement considérable de la tension artérielle*. Du reste, d'après les remarques de l'orateur, la grippe est, avec la fièvre typhoïde, le syndrôme si grave, signalé déjà par Stokes dans le typhus sous le nom de « rythme fœtal des bruits du cœur, et que M. Huchard a étudié pour la première fois il y a deux ans sous le nom d'embryocardie. » Pour combattre cet accident redoutable, il faut avoir recours aux injections d'éther, de caféine et d'ergotine. On ne saurait trop insister sur les modifications de la tension artérielle dans les maladies; c'est là source nouvelle d'indications thérapeutiques importantes à connaître.

2o Parmi les manifestations douloureuses, on doit une mention spéciale aux accidents articulaires qu'il faut ranger dans trois catégories :

a) — Les arthralgies ou myalgies péri-articulaires ; — *b*) le pseudo-rhumatisme infectieux ; *c*) Enfin, les véritables rhumatismes articulaires ou même les accidents goutteux qui surviennent dans la convalescence de la grippe.

3o La grippe est, de toutes les maladies, celle qui *réveille* le plus les affections anciennes et qui les aggrave. De ce nombre, sont : la phtisie, les cardiopathies, le diabète, l'albuminurie, les affections du système nerveux. C'est ainsi que l'on voit les douleurs fulgurantes reprendre une acuité nouvelle chez les tabétiques ; les douleurs réapparaissent sur le trajet d'un zona disparu depuis cinq ans, etc. Enfin, la grippe peut être un agent provocateur de l'hystérie, et ces faits d'hystérie *post-infectieuse* dont MM. Grasset et Huchard ont donné, chacun de leur côté, des exemples intéressants, constituent un chapitre curieux à placer à côté des hystéries traumatiques ou toniques.

Dr Marciguey

SOCIETÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 mars 1890.

Présidence de M. le Dr Terrier

Tumeur du rein et néphrectomie. — M. Villeneuve (de Marseille), rapporte l'observation suivante. Un homme de 46 ans ayant toujours joui d'une bonne santé, entre à l'hôpital en janvier dernier, se plaignant seulement de douleurs fréquentes au creux épigastrique ; de plus, sans cause apparente, il était parfois pris d'hématuries brusques, très-abondantes. En dehors de ces hématuries les urines étaient claires et non purulentes. Leur quantité quotidienne variait entre 2.000 et 2.500 grammes. Les mictions étaient fréquentes, il existait de la polyurie sans albuminurie.

La moitié droite de l'abdomen était remplie par une tumeur très-mobile, non douloureuse, du volume d'une tête de fœtus à terme. Pas de sonorité devant ce néoplasme, le colon ascendan

Digitized by Google

étant repoussé vers la masse intestinale. L'extirpation de cette tumeur fut pratiquée le 31 janvier par la voie lombaire : son tissu mou et très friable n'offrait aucune résistance au doigt, néanmoins, on l'enleva complètement par morcellement. Les suites furent favorables et le malade ne tarda pas à guérir et ces douleurs épigastriques, disparurent. Les urines restèrent avec un faible degré de polyurie.

M. Monod rapporte un cas de néphrectomie pour pyélonéphrite suppurée, rebelle aux traitements médicaux.

M. Schwartz a pratiqué deux fois la cystotomie vaginale pour remédier à des cystites douloureuses invétérées, non tuberculeuses. Chez la première de ces malades, les urines étaient troubles, purulentes, les mictions fréquentes et les douleurs vésicales insupportables. Pas de retentissement apparent sur les reins ; vainement on avait pratiqué les lavages de la vessie avec le nitrate d'argent. Dès que la fistule vésico-vaginale fut établie, les douleurs disparurent.

Six mois après M. Schwartz ferma la fistule ; au cours de cette opération, il avait constaté que la tunique musculaire de la vessie était considérablement hypertrophiée : Dès les premières heures, la malade fut prise de ténesme vésical intense contre lequel les injections de morphine furent impuissantes, à la suite de l'une de ces crises, les sutures furent rompues et la fistule rétablie. Six mois après nouvelle tentative pour fermer la vessie, mêmes phénomènes de ténesme et l'on dut rouvrir la fistule. Dix-huit mois après, troisième tentative : le résultat fut meilleur quoique incomplet. Le ténesme vésical s'est renouvelé après l'opération et a cessé après l'apparition d'une petite fistule. Les urines étaient encore troubles, La malade fut envoyé en convalescence à l'asile de Villepinte. La seconde malade était atteinte de cystite purulente avec lésion rénale. La cystotomie vaginale amena une amélioration qui persistait encore six mois après l'opération, époque à laquelle cette malade fut perdue de vue.

Traitement de l'endométrite. — M. Polaillon revendique pour le traitement des endométrites la priorité d'un procédé dont il est l'auteur, et qui consiste dans la cautérisation de la cavité utérine avec une flèche composée de farine et de chlorure de zinc et mesurant la même longueur que la cavité évaluée à l'hysteromètre. Elle est maintenue en place par un tampon de gaze iodoformée.

Au bout de quelques heures, il se forme une eschare comprenant toute l'épaisseur de la muqueuse ; qui se reforme d'une manière aussi complète que par le curettage. M. Polaillon n'a jamais observé ni douleurs consécutives, ni complication. Les guérisons qu'il a obtenues sont nombreuses et soutiennent la comparaison avec la méthode sanglante (1).

Dr H. Marciguey.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 10 février 1890

Présidence de M. le Dr Michel-Dansac

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté. La correspondance imprimée comprend : 1° Le *Poitou médical* ; 2° la *Gazette de gynécologie* ; 3° l'*Art dentaire* ; la *Revue de polytechnique médicale* ; 5° Le rapport sur le service médical à la section des Colonies de l'Exposition universelle de 1889.

De l'antisepsie dans les maladies des voies urinaires. — M. Desnos. Le lavage des sondes à l'eau boriquée ne suffit pas à les rendre aseptiques tandis qu'on peut obtenir cette asepsie par la stérilisation. De plus, les seringues ne restent pas aseptiques, par cela seul qu'elles ne servent qu'aux injections antiseptiques. Enfin, à l'état sain, la vessie ne contient pas de microbes.

M. Reliquet. — J'ai parlé du cas d'un agrégé du Val-de-Grâce, qui, il y a huit ans de cela, avait pratiqué, avec soin, l'examen de son urine et y avait trouvé des micro-organismes ; à la suite d'injections antiseptiques répétées, les microbes ne disparurent pas. Je crois donc que nous ne pouvons pas atteindre les microbes des voies urinaires, et que ceux-ci ne sont pas très nocifs, alors que les solutions antiseptiques fortes peuvent le devenir.

M. Desnos. — Quelle variété de microbes a-t-on ainsi découverte? Ce point a une certaine importance.

M. Reliquet. — A cette époque, on ne savait pas encore faire ce diagnostic très exactement.

M. Desnos. — Si on ne peut arriver à réaliser une antisepsis absolue, on doit du moins chercher à obtenir une antisepsie relative, la meilleure possible.

M. Reliquet. — Sur ce point nous sommes d'accord.

Sur l'épidémie de grippe. — M. Roux. — J'ai soutenu que l'épidémie actuelle n'est pas la dengue. Je puis dire à l'appui que la grippe a fait son apparition au Sénégal et n'y a pas été confondue avec la dengue.

M. Nicolas. — La grippe et la dengue sont tout-à-fait distinctes, mais ont un fonds commun constitué par les troubles nerveux.

M. Rougon ajoute que l'éruption de la dengue, est aussi un signe de diagnostic ; à ce point de vue, l'éruption grippale mérite d'être étudiée.

M. Roux. — L'éruption est rare dans la grippe, dans la dengue elle est presque constante.

M. Wickham. — Tous les cas de grippe observés dans une épidémie développée à bord d'un paquebot, se sont accompagnés d'éruption, ce qui peut faire hésiter le diagnostic.

M. Rougon n'a rien vu dans l'épidémie actuelle qui ressemble à la dengue.

M. Huchard. — Dans les recherches bibliographiques que j'ai entreprises sur la grippe, j'ai retrouvé la description des accidents nerveux intenses, et des éruptions qui ont prêté à la discussion. L'épidémie actuelle n'a donc pas, en somme, différé des précédentes.

Toutefois d'après mes observations, la maladie a épargné plus particulièrement les enfants et les femmes. Elle a quelquefois déterminé des arthralgies qu'on peut rapprocher des pseudo-rhumatismes infectieux décrits par Bouchard. Elle a affecté certaines formes cardiaques graves. On peut conclure que c'est une maladie « à surprises et à reprises. » Enfin, la convalescence ressemble beaucoup à la neurasthénie, car, l'accablement, la prostration, la paresie gastro-intestinale sont des troubles nerveux par fausse anémie plutôt que par anémie vraie. Aussi cette considération m'a-t-elle engagé à prescrire contre les accidents, l'acide phosphorique, et spécialement le phosphure de zinc dont on connaît l'action nervine. Cette médication m'a paru très bien réussir.

M. Nicolas. — Au point de vue étiologique il ne croit, pas à l'influence pathogène d'un microbe, les micro-organismes n'ayant pas une pullullation assez rapide. Il s'agirait plutôt à son avis d'une substance toxique volatile.

M. P. Blocq rappelle, à l'encontre de cette hypothèse, que toutes les fois qu'on a, jusqu'à présent, pu établir la pathogénie de la contagion, cette explication a été qu'elle était due à l'introduction et à la pullullation dans l'économie d'un parasite végétal. D'où, le bien fondé de la théorie actuelle de la grippe. De plus, l'argument de M. Nicolas pèche par sa base, car on sait que la rapidité de la multiplication des schizomycètes est un de

(1) Voir *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1889.

Digitized by Google

leurs caractères les mieux démontrés.

Élection. — M. Wickam est élu membre titulaire.

Dr Paul Bloco

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES

DE PARIS ET DES DÉPARTEMENTS

Société de médecine pratique de Paris (6 mars 1890). — I. *Néphrectomie abdominale pour hydronéphrose chez un enfant de dix ans.* — **Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux** (10 février 1890). — II. *Le sulfate de quinine dans la grippe.* — **Comité médical des Bouches-du-Rhône** (18 octobre 1889). — III. *La cocaïne dans la cure de l'hydrocèle.* — **Société de médecine de Lyon** (3 mars 1890). — IV. *Les propriétés thérapeutiques des essences de thym et de serpolet.* — **Société de médecine de Rouen** (10 février 1890). — V. *Le pseudo-rhumatisme de la grippe.*

Néphrectomie abdominale pour hydronéphrose. — Le cas dont M. Deletrez (de Bruxelles), entretenait ses collègues de la Société de médecine pratique est exceptionnel. La tumeur datant de trois années s'était développée après une chute et siégeait à droite.

La néphrectomie fut pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques nécessaires, section de la peau suivant le grand diamètre de la tumeur, ouverture du péritoine ; incision du feuillet postérieur de cette membrane que l'on sépare de la tumeur au moyen du doigt. Cette tumeur est ponctionnée : la ponction donne issue à deux litres et demi de liquide. On ligature le pédicule que l'on saisit avec la pince de Langenbeck, que l'on sectionne avec le thermo-cautère, et que l'on abandonne dans l'abdomen après l'avoir recouvert d'iodoforme.

Enfin on pratique l'hémostase profonde, on suture le péritoine puis la paroi abdominale et finalement la peau avec le crin de Florence.

Ce procédé opératoire diffère de la méthode classique ; il n'en a pas été moins heureux, M. Deletrez a été fort opportunément conduit à l'employer, car la méthode par la voie médiane ou latérale, eût été plus laborieuse.

II. Le sulfate de quinine dans la grippe. — Notre estimé confrère bordelais, M. Gellie considère ce médicament comme le seul efficace contre toutes les formes de la grippe, parce qu'il est, à la fois, un antiseptique et un nervin de premier ordre.

Comment le prescrire ? Dès le début, en une seule fois, ou à des intervalles rapprochés, mais non pas à doses fractionnées, et tardivement.

Et l'antipyrine ? Mr Gellie la regarde comme inférieure à la quinine, sinon pour combattre la céphalalgie et atténuer l'intensité de la douleur. C'est l'avis de multiples observateurs, et la appuyant son opinion par de nombreuses observations personnelles, notre savant confrère de la Société de médecine de Bordeaux, vient corroborer indirectement l'opinion de ceux qui défendent la théorie de l'unité spécifique des multiples manifestations de la grippe.

III. De la cocaïne dans la cure de l'hydrocèle. — La pusillanimité du malade pour la douleur causée par l'injection iodée et la nécessité d'une cure rapide de l'hydrocèle, sont les deux indications principales qui justifient ce traitement.

Quelle en est la technique ? M. J. Giraud la détermine ainsi :

1° Lavage antiseptique des bourses et ponction de l'hydrocèle.

2° Après issue du liquide, on injecte dans la vaginale que l'on remplit aux trois quarts, le liquide suivant :

Hydrochlorate de cocaïne	1 à 2 gr
Eau distillée	60 gr.

3° On laisse ce liquide séjourner dans la poche pendant cinq minutes après lesquelles on en fait écouler les cinq sixièmes environ.

4° Injection immédiate de la solution aqueuse de teinture d'iode à cinquante pour cent. Après cinq minutes, évacuation de cette solution et obturation de la plaie par le collodion.

Si l'anesthésie cocaïnique réussit, le malade n'éprouve aucune douleur ni pendant l'opération, ni durant les heures qui la suivent.

M. J. Giraud emploie comme pansement, le suspensoir ouaté-caoutchouté de Langlebert qui permet au malade de reprendre bientôt ses occupations.

Cette méthode opératoire est séduisante par sa simplicité et ses résultats ; est-elle exempte de tout inconvénient ? On a observé, en effet, des accidents cocaïniques : fourmillements dans mains et les doigts, nausées, mal de tête, mais ces accidents disparaissent par l'emploi de toniques (infusion de thé, grog au rhum) ou même après une injection sous-cutanée d'éther. D'ailleurs, on peut les éviter par l'emploi d'une dose de cocaïne moins élevée : un demi-gramme à un gramme, d'après M. J. Giraud. Au reste, cette dose est variable d'un malade à un autre et c'est là, il faut le déclarer, un cause d'embarras pour l'emploi de cet anesthésique dans la pratique courante.

IV. Les propriétés thérapeutiques des essences de thym et de serpolet. — MM. Cadéac et Meunier poursuivent leur revue expérimentale sur les essences des plantes aromatiques. Ces essences sont sédatives, diminuent la sensibilité à doses élevées, et produisent l'incoordination motrice.

Leur toxicité est médiocre, mais elle existe, et quand les animaux succombent, c'est dans l'adynamie, la résolution musculaire, l'anesthésie et après du vertige et du tournoiement. Le *thymène* et le *cyméne* sont les agents de ces phénomènes. Le thymol qui contient ces substances les provoque également.

Des propriétés de ces essences la plus utile est, à coup sûr, leur vertu microbicide. Elles tuent en 30 à 35 minutes le bacille d'Ebertb, en 5 minutes la bactéridie charbonneuse, de sorte que leur puissance parasiticide est supérieure à celle de la plupart des liquides antiseptiques en général et des solutions phéniquées à 5 pour 100 en particulier.

On le voit, pour ne pas conduire à des conclusions imprévues, ces recherches de MM. Cadéac et Meunier n'en offrent pas moins un réel intérêt pratique.

V. Le pseudo-rhumatisme dans la grippe. — Les arthrites grippales ne sont pas communes, parce qu'elles passent trop souvent inaperçues. M. Olivier a pu en observer quatre cas, dont il fait connaître les observations détaillées, deux cas de polyarthrite subaiguë, un cas de mono-arthrite et un cas d'arthralgie.

Ce sont des accidents tardifs de la maladie. Au début, on les confond avec la courbature ou la faiblesse ; mais plus tard, si le malade continue de travailler, ils prennent bien les caractères du pseudo-rhumatisme.

En résumé, M. Olivier a voulu démontrer, et très heureusement il l'a fait, que dans le déclin ou dans la convalescence de la grippe, on observe chez des sujets non rhumatisants, des manifestations articulaires différant du rhumatisme vrai par leur fixité et leur allure.

Ces arthrites peuvent se présenter sous différentes formes : arthralgies, mono-arthrites, poly-arthrites subaiguës, de manière à se rapprocher, par leurs caractères et par leur marche, du pseudo-rhumatisme infectieux ; elles peuvent s'accompagner de troubles cardiaques : arytmie, souffle léger à la pointe.

Le pronostic paraît être favorable : ces manifestations articulaires guérissent, dans l'espace de deux à trois septénaires, par le repos, l'enveloppement ouaté, le salicylate de soude et l'antipyrine à faibles doses et ne produisant point ni ankylose, ni suppuration de l'article.

Digitized by Google

Quelle en est la cause? M. Olivier, admettrait volontiers une localisation microbienne. C'est une opinion à vérifier; à l'heure actuelle la bactériologie de la grippe manque de précision et on doit, ce semble, réserver tout jugement. R. S.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

Médications béchiques

par le Dr Ch. Liégeois (de Bainville-aux-Saules) (1)

Le point de départ de la coqueluche est, d'après les uns, la partie antérieure ou la partie supérieure de la muqueuse pituitaire, d'après les autres la muqueuse laryngée, d'après ceux-ci la muqueuse bronchique. Un microbe s'implante sur l'une ou l'autre de ces muqueuses, où il crée un catarrhe spécifique qui éveille la toux; toux offrant à la première période une singulière ressemblance avec celle de la laryngo-trachéite, dont elle ne diffère que par le nombre déjà plus élevé des quintes, et caractérisée, après une ou deux semaines, par des accès consistant en secousses expiratoires redoublées, interrompues ici et là par une inspiration spasmodique, qu'on appelle la reprise, tous accidents qui se terminent par le rejet de mucosités filantes. Le meilleur traitement de la toux coqueluchiale est donc celui qui combat le phénomène nerveux lui-même par les sédativo-réflexes (belladone, datura, jusquiame, nicotiane, aconit, bryone, chanvre indien, ciguë, opium, lactucarium, drosera, chloral, nitrate d'argent, acide cyanhydrique, antipyrine, antifébrine, phénacétine, chlorhydrate de cocaïne), ou par les antispasmoques (musc, assa fœtida, ambre, succin, castoréum, valériane, valérianate de caféine, brome et bromures, oxyde de zinc, thym, saponaire, narcisse des prés, marjolaine, mesanbryanthemum, cardamome, gaïac, cochenille), — ou par les modificateurs locaux de la sensibilité réflexe: badigeonnages, pulvérisations de solution de cocaïne dans les fosses nasales ou le larynx, inhalations de décoctions narcotiques de chloroforme, d'éther, d'acide carbonique, d'air comprimé), — ou par ses modificateurs à distance (badigeonnages à la cocaïne de l'isthme du gosier, pulvérisations d'éther le long du cou, sur le trajet des pneumogastriques, dérivation sur le cou avec la pommade stibiée, la pommade au sous-cyanure de mercure, ou sur le pharynx et l'épiglotte ou le palais avec l'ammoniaque, le nitrate d'argent ou la solution d'acide phénique au quart, acupuncture, vaccination), — et celui qui combat le microbe localement (insufflations nasales de sulfate ou de chlorhydrate de quinine, d'acide borique, de calomel, de salicylates de soude ou de bismuth, d'antipyrine, additionnés de poudre de benjoin ou de café, onctions dans les narines avec la pommade iodoformée, douches intra-nasales avec une solution de sublimé au 500e, badigeonnages laryngés aux solutions de résorcine, de salicylate de soude, de thymol, d'acide phénique, de teinture d'iode, au pétrole; pulvérisations et inhalations de solutions phéniquée, résorcinée, thymique, térébenthinée, tanique, d'eau chloroformée, d'eau oxygénée, de gaz des chambres d'épuration des usines, vapeurs de trochisques au phénol créosoté, à la naphtaline, d'acide sulfureux) ou par voie interne (sulfate et tanate de quinine, résorcine, acide thymique, phénol iodé, acides phénique et salicylique, salicylate de soude, bromoforme, benzine, essence de térébenthine, sulfure de potasse, soufre, calomel, biodure d'hydrargire, tanin, alun, eau oxygénée, eau chloroformée, chinoline). On couperait court aussi — je ne garantis pas l'efficacité du procédé — à la quinte de toux coqueluchéuse en abaissant la mâchoire à l'aide des pouces placés en arrière de chaque branche montante maxillaire au devant des oreilles, les autres doigts étant disposés le long de l'arc de la mâchoire et sous le menton, tandis que l'enfant exécute, sur commandement, une large inspiration.

On tousse beaucoup à la période de crudité, à la période d'évolution et à la période caverneuse de la tuberculose pulmonaire, quoi qu'on soit obligé d'admettre, après un illustre clinicien, qu'il y a (on nous en a montré autrefois un cas) des phtisies pulmonaires, même caverneuses, sans toux. La toux petite, sèche de la tuberculose à l'état de crudité n'étant suivie d'aucune expectoration, étant une toux « sans but », est justiciable de l'opium, des solanées vireuses, de la ciguë, de l'acide cyanhydrique, de la grindelia, de la piscidia et même des bromures chez les nerveux, des badigeonnages pharingo-laryngés à la cocaïne ou à la teinture d'iode. La toux quinteuse, coqueluchoïde chez les enfants, de la période d'évolution contre-indique les opiacés et les solanés à cause de leurs propriétés anexosmotiques et réclame, en même temps que des sédatifs comme l'antipyrine ou la grindelia, des expectorants anodins et des révulsifs qui luttent contre la congestion périphérique génératrice du catarrhe. A la période des cavernes, les malades éviteront bien des quintes de toux en se remuant le moins possible pour ne pas déplacer contre les rares endroits sains de la muqueuse bronchique, les crachats accumulés dans les vastes anfractuosités qui communiquent directement avec les grosses bronches.

La toux quinteuse de la pneumonie interstitielle des matelassières, des tailleurs de pierres, résiste souvent aux narcotiques.

Celle de la gangrène pulmonaire ne cède qu'aux antiseptiques en fumigations.

Dans les périodes d'état et de résolution de la pneumonie, la toux n'exige pas grand traitement; dans les deux premiers jours, elle est quelquefois si quinteuse, si pénible, et, chez les enfants, si éclatante, si déchirante, si rauque, que les narcotiques sont avantageusement prescrits. Chez les femmes enceintes, au début de la pneumonie, une ou plusieurs injections sous-cutanées de morphine, amendent cette toux et préviennent l'avortement.

Les tumeurs des poumons qui n'intéressent pas la plèvre ou qui sont volumineuses, provoquent à peine la toux: celle-ci ne devient notoire que si, comme dans le cancer ou dans les gommes syphilitiques, les ganglions bronchiques sont affectés.

Les pleurésies sèches, ou avec épanchement léger ou moyen, s'accompagnent d'une toux quinteuse qui, dans la pleurite avec épanchement relativement peu abondant, lorsque le liquide n'est pas en suffisante quantité pour s'interposer pendant le décubitus entre le diaphragme et la base du poumon, apparaît (d'où son immobilité instinctive) chaque fois que la malade redresse le tronc, augmentant d'intensité à mesure que le patient tousse ou quand on frappe légèrement son dos avec le plat de la main. Plus l'épanchement grossit, moins la toux s'entend; il arrive qu'elle manque absolument, quand le poumon est refoulé par le liquide. Calmons cette toux pleurétique, qui est une « fatigue sans bénéfice », par l'injection sous-cutanée de morphine au niveau des insertions diaphragmatiques correspondant à l'épanchement.

Je ne parle pas de la toux péricardique, signalée par les anciens, sans doute dans des cas où la péricardite s'était propagée à la plèvre.

(1). Fin: Voir No 11.

Digitized by Google

L'irritation directe des nerfs vagues, ailleurs que dans les voies aériennes, peut aussi se traduire par de la toux. J'ai lu la relation d'une toux qui avait succédé à la dénudation du pneumogastrique par un abcès péricardiaque et cessé dès que le travail de cicatrisation avait été assez avancé pour que l'artère carotide devînt invisible.

Les adénopathies trachéo-bronchiques, qui molestent le tronc ou les branches principales de ce nerf, se révèlent souvent — pas toujours — soit, ce qui est le cas habituel, par des quintes violentes et prolongées, même intermittentes, surtout matinales et vespérales, de toux rauque quoique éclatante, clangoreuse ou férine, quelquefois gutturale ou aboyante, suffocante, tantôt sèche, tantôt terminée par une médiocre expectoration pituiteuse ou glaireuse (toux coqueluchoïde) ; soit, pendant des heures, par des secousses de toux dite rythmée, séparées l'une de l'autre, à intervalles de deux à quatre secondes, par une ou plusieurs inspirations. Cette toux par adénopathie, qui peut persister sans complications pulmonaires pendant des mois et des années, qui même diminue dans quelques cas spontanément, ou perd son caractère spasmodique, fait le désespoir des praticiens : les badigeonnages pharyngo-larynges à la morphine et à la cocaïne l'améliorent cependant.

A l'instar de l'irritation du rameau pharyngien du pneumogastrique, l'hypertrophie des amygdales provoque, plutôt le matin, une petite toux sèche.

Dans l'épiglottite, la toux, d'ordinaire sèche, devient convulsive lorsque, pendant la déglutition, les liquides tombent dans les voies respiratoires.

La toux de la première et seconde dentition, comparable à celle de la coqueluche, se guérit par les topiques calmants en frictions sur les gencives turgescentes ou par l'incision gingivale.

Il y a bel âge qu'on a parlé d'un « état dyspeptique simulant la phtisie », cause même de la toux à secousses ou à quintes pressées, avec sentiment de strangulation et d'angoisse, à retours irréguliers ou périodiques, coïncidant souvent avec les repas, cessant pour quelque temps après un vomissement alimentaire ou pituiteux, qui se voit fréquemment chez les dyspeptiques avec ou sans gastrite chronique et chez les tuberculeux gastrorrhéiques. Ici une forte dose de sous-nitrate de bismuth ou un lavage de l'estomac avant les repas est préférable à un sirop narcotique.

La toux vermineuse n'est pas une invention de nos pères ; cette toux sèche, tantôt rare, tantôt d'une agaçante fréquence, et d'une durée interminable, si l'on n'en saisit pas l'origine, toujours sonore, éclatante, férine, a été positivement observée chez des enfants en possession de lombrics ou chez des personnes atteintes de tœnia. Un anthelmintique sera le meilleur béchique. J'ai lu qu'une lady, soignée pendant de longs mois, pour une toux réfractaire, en fut débarrassée du premier coup par une rebouteuse avec un mélange d'huile de térébenthine et d'huile de castor qui expulsa en deux heures un tœnia.

On a décrit, dans l'engorgement chronique du foie, sous l'épithète d'hépatique, une toux aride, forte, très pénible, parfois aboyante, mais rare, avec constriction cervicale, due peut être à quelque inflammation propagée de la capsule de Glisson à la plèvre diaphragmatique.

Les médicaments cholagogues (podophylin, évonymin, hydrastin, leptandrin) seront adressés à la toux cruelle, symptomatique, paraît-il de la pérégrination d'un calcul dans les canaux biliaires.

On a parlé aussi naguère avec insistance de la toux utérine, toux sèche, quinteuse, brève, essentiellement superficielle ou d'une sonorité métallique, continue ou paroxysmale, accompagnée parfois de troubles vertigineux et de céphalalgie, au début de la grossesse (une fausse couche guérit celle-là), ou au cours d'une métrite chronique. Les antispasmodiques — y compris le valérianate de quinine qui paraît le meilleur de tous — n'en viennent pas toujours à bout ; au cas de métrite, elle peut durer bien longtemps, comme cette affection elle-même.

La toux auriculaire surviendrait non seulement par le fait de l'introduction d'un cure-oreille, d'un bouton, d'une boule de verre, d'un speculum auris froid dans le conduit auditif externe, mais aussi, d'après un travail tout récent, par le fait de cérumen concrété adhérent à des poils mis en mouvement par la mastication. Le nettoyage de l'oreille par l'injection forcée guérit vite.

Il n'est pas rare de rencontrer des personnes hystériques, la névrose étant avérée ou latente, qui, sans cause appréciable, ou à l'occasion d'une légère inflammation laryngo-bronchique ou pharyngée, ou d'une émotion vive, de l'arrivée ou de la suppression des règles, d'un spasme vénérien, de la pression des ovaires, du pneumogastrique au cou ou des apophyses épineuses, sont prises d'une toux sèche, convulsive, saccadée, à timbre invariablement le même, métallique, sonore, retentissant ou rauque, exceptionnellement aboyant ou strident, composée, comme la toux par le chlore, de secousses non interrompues, revenant par accès irréguliers ou périodiques lors des attaques d'hystérie ou en dehors d'elles, alternant avec des vomissements ou des éternuements, durant des semaines, des mois, des années, excepté pendant le sommeil. Que valent, contre cette toux, le changement de lieu, les antispasmodiques, la métallothérapie, l'acupuncture (épingles ordinaires laissées en place une demi-heure sous la peau de l'extrémité interne d'une clavicule et du dos), les pulvérisations de chlorure de méthyle sur la nuque, sur le thorax postéro-supérieur et supéro antérieur, la suggestion ? Ne la voit-on pas, indépendamment de toute médication, diminuer insensiblement, ou céder brusquement, puis récidiver et disparaître de même ? Les malades se plaignant toujours, avant de tousser, d'un picotement, d'un chatouillement douloureux du larynx, comme d'une brûlure, les badigeonnages laryngés à la cocaïne réussiraient peut être à empêcher la manifestation de cette hyperesthésie.

La toux, chez les neurasthéniques, chlorotiques ou non et chez les enfants de souche névropathique, qu'elle tourmente quelquefois toute la journée à partir du réveil, est courte, saccadée, petite, bruyante ou rauque, et se juge par des baillements.

Dans la maladie de Parry Graves, dont elle peut-être la première manifestation, la toux quinteuse à laquelle, quoi qu'on ait dit, l'adénopathie bronchique n'a rien à voir, se montre environ, douze fois sur quinze, identique à la toux que nous venons de décrire : elle précède ou termine les paroxymes cardio-vasculaires, ou bien survient par le moindre effort. Le bromure de potassium et les injections de morphine paraissent avoir donné des succès ; à l'avenir il faudra essayer l'antipyrine.

La toux est symptomatique de maladies organiques des centres nerveux, quelquefois de l'hygrocéphalie (quand le malade remue la tête), de la pachyméningite cervicale, de l'ataxie locomotrice progressive. Chez certains ataxiques vous notez pendant longtemps une légère toux spasmodique à peine gênante, ne s'expliquant par aucune lésion organique des voies aériennes. Chez d'autres, éclate de temps en temps, après un picotement laryngé insupportable, une toux sèche

Digitized by Google

forte, pénible, sonore ou rauque, de quelques minutes de durée; quand elle s'arrête, elle est remplacée par une inspiration prolongée sifflante, véritable reprise, sorte de hoquet convulsif qui n'est autre chose qu'un spasme glottique. Cette toux, qui marque le début de la moitié au moins des cas de tabes ou qui précède celui-ci de plusieurs années, ne cède pas volontiers aux narcotiques ni aux antispasmodiques. Sera-t-on plus heureux avec les nouveaux remèdes de cette classe et avec les badigeonnages à la cocaïne?

Mentionnerai-je la toux mécanique due au refoulement immédiat ou médiat du poumon par l'estomac flatulent, par l'intestin tympanisé, par le foie augmenté de volume, par l'ascite, par la grossesse à la dernière période? Enfin, il y a une toux toxique : telle est la toux « croupale » dans l'empoisonnement par la belladone, telle est la toux dans l'empoisonnement paludique. Tantôt la toux impaludique qui cède merveilleusement au sulfate de quinine, commence avec le frisson, finit avec le stade de sueur, revenant à chaque paroxisme fébrile fréquente, pénible, à la fois aiguë et voilée dans son timbre; tantôt, symptôme larvé de la malaria chez des gens qui ont habité des pays à endémie palustre, même sans avoir eu la fièvre intermittente, elle se présente d'une façon paroxystique tous les jours, tous les deux ou trois jours, à la même heure.

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

Condé-Smendou (Algérie), le 12 mars 1890.

La cocaïne dans la variole

MM. Luton (de Reims) et Ory ont fait connaître ici les excellents effets du chlorhydrate de cocaïne dans le traitement de la variole et de la varioloïde (*Revue génér. de clin. et de thérap.* 26 janvier 1888, 28 février et 31 septembre 1889).

Une épidémie de variole sévit dans ma contrée depuis le mois de novembre 1889, et principalement sur les indigènes.

Huit européens ayant été atteints de cette maladie, parmi lesquels cinq gravement, je leur ai appliqué ce traitement et j'en ai obtenu des résultats conformes à ceux qui ont été indiqués par nos deux confrères.

Voici brièvement la marche suivie par la maladie sous l'influence de la cocaïne: dès les premières doses, l'éruption pâlit; beaucoup de boutons siégeant sur le tronc et les membres s'effacent et disparaissent; les autres, surtout à la face et aux mains, se développent plus ou moins, mais sans jamais atteindre les dimensions des pustules d'une variolation troublée. Il se produit un certain gonflement de la face qui ne persiste guère au-delà de deux ou trois jours.

Dès le cinquième jour de l'éruption, la sérosité des pustules de la face se résorbe, et, le sixième, ces pustules sont sèches et recouvertes d'une croûte peu épaisse. L'éruption du tronc et des membre subit à son tour la même transformation dans les deux jours suivants. A ce moment, les malades, qui ne présentent plus aucune trace de fièvre depuis deux ou trois jours déjà et dont la langue est propre et humide, demandent à manger.

Je n'ai pu faire avorter complètement l'éruption au début, comme M. Luton; cela tient sans doute à ce que je n'ai pas donné une dose suffisante du médicament. J'ai suivi la méthode du Dr Ory et employé la solution de chlorhydrate de cocaïne au 20e (de 40 à 80 gouttes suivant l'âge dans les 24 heures, soit X à XX gouttes toutes les six heures).

Même à ces doses, la cocaïne s'est montrée d'une efficacité remarquable et a sûrement sauvé la vie à l'un de mes malades atteint de *variole noire* avec forte fièvre et délire violent pendant les quatre premier jours de l'éruption.

La médication éthérée opiacée que j'ai appliquée, il y a trois ans, a été loin de me donner les mêmes résultats.

Il eût été intéressant de rechercher si la sérosité n'a pas perdu ses propriétés virulentes et si, par inoculation chez un sujet non vacciné antérieurement, une éruption ne se serait pas produite. L'expérience eût pu être tentée chez les indigènes dont beaucoup n'ont jamais été vaccinés, mais ceux-ci n'appellent pas le médecin pour la variole et traitent cette maladie à leur façon. (L'épidémie actuelle en a enlevé un grand nombre).

En résumé, par l'emploi du chlorhydrate de cocaïne dans la variole, on supprime absolument la suppuration : par conséquent, plus de fièvre secondaire, plus d'accidents souvent très graves, compliquant la maladie à cette période et enfin, chose importante, plus de ces cicatrices difformes, stigmates indélébiles des personnes qui ont eu la variole. En outre, le virus étant très probablement neutralisé par ce précieux agent, l'infection ne devient plus possible.

Dr L. Ricau

FORMULAIRE DU PRATICIEN

DERMATOLOGIE

Un traitement de l'acné

Il est classique de diviser le traitement de l'acné en traitement hygiénique, traitement externe et traitement interne. Avec M. Fournier on peut condamner l'emploi des médicaments à l'intérieur, et on doit recommander les topiques sur la peau, et surveiller seulement le régime.

I. Régime. — Proscrire l'abus des épices, l'alimentation exclusivement carnée et les excès de table.

II. Topiques. — Dans les *formes bénignes*, on se contentera de provoquer une légère excitation de la peau, par des lotions chaudes répétées deux fois par jour, des pulvérisations ou des douches chaudes sur la région malade.

Dans les *formes moyennes*, on remplacera les lotions par des frictions avec la poudre de savon pendant cinq à dix minutes, jusqu'à rubéfaction. Au besoin, M. Fournier leur substitue des lotions avec l'*alcool camphré et soufré*, ainsi formulées :

Eau	300 grammes
Alcool camphré	40 grammes
Soufre	15 grammes

Pratiquer cette lotion le soir et ne pas essuyer avant le lendemain.

Ou bien, faire quotidiennement une onction vespérale avec la vaseline soufrée :

Vaseline	30 grammes
Soufre précipité	3 grammes
Essence de roses	9 grammes

Dans les *formes rebelles*, on aura recours aux subs

titutifs: badigeonnages à l'huile de cade, applications de goudron ou emplâtre de Vigo ; mais ces médicaments présentent des inconvénients que l'on évite en prescrivant les onctions avec le savon noir.

Ces onctions sont pratiquées tous les soirs, pendant cinq jours au plus. On laisse le savon sur la peau jusqu'au matin, alors on lotionne à l'eau chaude. Il se produit une dermite substitutive que l'on combat par des émollients. Puis, on répète cette médication pendant cinq ou six semaines en alternant les applications du topique avec l'usage de ces émollients. S. R.

INFORMATIONS

PARIS

Société française de tempérance. — *Concours pour le prix Lunier.* — Cette Société a reçu de Mme Lunier une somme de 1,000 francs, destinée à récompenser, sous le titre de : *Prix Lunier*, l'auteur du meilleur travail sur la question suivante: « Quelles sont les conséquences héréditaires de l'alcoolisme et de l'ivrognerie ? — Quels sont les moyens à prendre pour empêcher ces conséquences de se produire, ou pour en atténuer les effets ? » — Les candidats devront s'inspirer des travaux de Lunier sur l'alcoolisme.

La Société ne limite pas le champ des recherches et désire que l'étude des moyens propres à prévenir les conséquences de l'alcoolisme et de l'ivrognerie s'étende aux moyens moraux, sociaux, thérapeutiques, etc. Par exception, les travaux imprimés, depuis moins de deux ans au 1er janvier 1890, sont, au même titre que les manuscrits, admis à concourir. Les manuscrits et les ouvrages imprimés, seront adressées avant le 31 décembre 1890, à M. le docteur Motet, secrétaire général de la Société. S'il y a lieu, le prix sera décerné en 1891.

Société médico-pratique. — Séance du 24 mars. — Ordre du jour :

1o MM. Mérigot de Treigny et P. Blocq, rapport sur la candidature de M. Maurice Bloch.

2o M. Zernoff (de Moscou), note sur l'encéphalomètre.

3o M. Gillet, cas de rougeole, date précise de la contagion.

NOUVELLES MILITAIRES

Nominations dans le corps de santé militaire (4 mars (Armée territoriale) : *Au grade de médecin aide-major de deuxième classe.* MM. les docteurs Caudron, Coutant, Picard, Komorowski, Vincent, Mazand, Vaucher, Rochette, Pezille, Courtade, Carlier, Robert, Vincent-Martin, Pezaud, Muller, Provost, Gassiolle, Vilcoq, Laffitte, Herr, Guignon, Thibault, Valette, Junin, Chalus, Chevallet, Guinon

Nominations dans le corps de santé de la marine (Activité) : *A l'emploi de médecine auxilliaire de deuxieme classe* : M. le Dr Gombaud.

L'Ecole de médecine navale.—Le choix du siège de l'Ecole de médecine navale provoque des compétitions nombreuses. Cette école doit s'ouvrir le 1er novembre prochain dans une ville où fonctionne une Faculté de l'Etat. Le ministre aura le choix de cette ville, et comme la ville de Bordeaux réalise cette condition, il y a lieu de croire qu'elle obtiendra le privilège, à moins que d'ici là, Montpellier ne l'emporte ou que l'Ecole de Marseille n'obtienne son érection en Faculté.

Des sollicitations aussi multiples et aussi pressantes mettent le ministre dans le plus grand embarras.

Appel des médecins de l'armée territoriale en 1890. — A la date de ce jour, le ministre de la Guerre a décidé que l'appel des médecins de l'armée territoriale aura lieu, en 1890, dans les conditions suivantes (le 19e corps d'armée excepté) :

50 médecins-majors de deuxième classe et 230 médecins aides-majors de deuxième classe, seront convoqués pour une période de treize jours, du 28 avril au 10 mai, dans les corps de troupe de l'armée active (infanterie, cavalerie et artillerie).

Ces médecins seront désignés par les généraux commandant les corps d'armée auxquels ils sont affectés, quel que soit leur domicile. Toutefois, les médecins affectés à l'Algérie et à la Tunisie et résidant en France pourront être appelés dans le corps d'armée où ils sont domiciliés.

Le choix des commandants de corps d'armée devra porter de préférence : 1o sur les médecins qui n'ont pas encore été convoqués, en commençant par les plus jeunes de grade ; 2o sur ceux qui, réunissant les conditions d'ancienneté nécessaires, auront demandé à faire un stage afin de pouvoir bénéficier des dispositions du décret du 19 décembre 1889.

Aucune dispense d'appel ne pourra être accordée, si ce n'est pour des cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs *Grandvilliers* (à Nice), *Brisson* (d'Averton) ; *Vincenot* (de Paris), *Paul Le Petit*, ancien médecin en chef de la marine et *Bernard* médecin-major à Epinal:

En Espagne : MM. *Gomez Pamo*, chirurgien de l'hôpital de la Princesse à Madrid et auteur de travaux importants parmi lesquels la traduction espagnole des *Cliniques de Gosselin*. Il était le Directeur des *Annales de chirurgie espagnoles*.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

Clinique chirurgicale.

Boisseaux du Rocher : Mégaloscopie vésicale (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, février 1890).

Faye : Nouvelles observations de l'arrachement du nasal externe (*Gaz. Méd. des Sciences med. de Bordeaux.* 16 février, 1890).

Clinique médicale

Bond : Du diagnostic précoce des lesions chroniques des reins (*The American Journal of med. Sciences*, janvier 1890, p. 21).

Esenlohr : Remarques sur les névrose traumatiques (*Berliner Klin Wochenschrift* 1889. no 59).

Ely (Y) Grippe ou dengue (*The N. Y. Med. Record*, 1 février 1890).

Fiske Bryson : L'épidémie actuelle d'influenza (*The N. Y. Med. Record*. 1 février 1890)

Powel (Douglas) : Du diagnostic et du traitement des anévrysmes de l'aorte (*The Lancet*, 4 janv. 1890).

Obolonky: Nerf vague et angine de poitrine (*Berliner Klin. Wochenschrift* 1889, no 52).

Testi (Alberico) : Sur une complication rare de la pneumonie fibrineuse (parotidite pneumo-coccique (*La Riforma medica*, 4 décembre 1889).

Tawnand : Arthrite aigue chez les enfants (*The American Journal of med. Sciences*, janvier 1890, p. 1).

Rokitunsky: Poliomyélite par l'intoxication de carbone (*Wiener medizin. Press*, 1889, no 52).

Le Directeur-Gérant, Henri Huchard.

Paris — Imprimerie Décembre, 326, rue de Vaugirard.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE N° 13 26 MARS 1890

REVUE GENERALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD. — RÉDACTEUR en CHEF : M Charles ÉLOY

COMITÉ de RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ.

AVIS A NOS ACTIONNAIRES. — Conformément aux décisions de l'Assemblée générale du 8 mars courant, l'Administrateur du journal a l'honneur d'inviter MM. les actionnaires à faire présenter leurs titres au siège social, 66, rue de Ponthieu, du 25 au 30 MARS courant, de 2 *heures à 4 heures*, pour y toucher l'intérêt et le dividende de l'exercice 1889, sous déduction des impôts.

CLINIQUE SYPHILIGRAPHIQUE

Hopital Saint-Louis — M. le Dr FOURNIER

Les gommes du voile du palais

LEUR DIAGNOSTIC ET LEUR TRAITEMENT (1).

A l'avance on peut dire que le *pronostic* des gommes du voile du palais se montre sérieux, car la lésion intéresse à la fois deux fonctions très importantes, la phonation et la déglutition ; mais cette gravité se trouve balancée par ce fait que l'affection est éminemment justiciable du traitement spécifique et guérit souvent sans laisser de trace.

C'est merveille de la voir fondre à vue d'œil sous l'influence de l'iodure de potassium.

On peut dire que, prises et traitées à temps, les gommes guérissent toujours. On peut ajouter que, même anciennes, elles sont susceptibles de réparation intégrale.

J'ai vu souvent des gommes palatines en voie de ramollissement, ramollies même, sur le point de s'ouvrir, guérir, et guérir complètement. Dans ces conditions, c'est une bonne fortune pour le médecin d'avoir à traiter de telles manifestations, car il fait merveille, obtient des guérisons paradoxales, et voisines du miracle. Cette action énergique du médicament contrebalance ce que le pronostic a de sombre.

Toutefois, certaines conditions rendent celui-ci plus sévère : recrudescence, récidives, phagédénisme. Les recrudescences ont moins d'importance, mais les récidives ont une grande valeur. On voit, par exemple, chez un même sujet les poussées se reproduire à quelques mois de distance. Il y a quelques années j'ai observé un malade qui a présenté six récidives consécutives de gommes palatines, sous mes yeux, dans l'espace de deux ans, et qui a perdu tout son voile. Les cas semblables appartiennent à la syphilis maligne. Elle se complique souvent de gommes de voisinage, piliers, amygdales, pharynx, et parfois de la partie supérieure du larynx, d'où cicatrice vicieuse, adhérences. Cette multiplicité témoigne d'une mauvaise vérole.

Le phagédénisme consite dans une infiltration périphérique à la lésion première. Il se fait une zone rouge, dure, qui s'ulcère, puis autour de cette zone une autre, etc., et de proche en proche le phagédénisme envahit tout le palais. Cette destruction du voile du palais évolue rapidement, en quelques mois, quelquefois plus rapidement (phagédénisme foudroyant). Finalement, quel en est l'aboutissant ? Une mutilation durable, sur une étendue plus ou moins grande, départementale, régionale dans certains cas, mais dans certains autres, totale ; on en arrive au lupus syphilitique tertiaire de la gorge où la destruction s'étend sur tout.

Au point de vue du *diagnostic*, des erreurs grossières sont commises ; on confond la gomme avec l'*angine vulgaire* ; cette erreur incroyable existe, elle est même fréquente. Un exemple : on questionne ce malade au voile divisé, il dira que trois semaines avant que la division se fasse, il avait eu mal à la gorge. Un médecin-pharmacien qu'il consulta, lui prescrivit un vomitif, un bain de pieds sinapisé, des gargarismes à la décoction de ronces, au chlorate de potasse, à l'alun. Plus tard, il affirme au malade qu'il se fait un abcès à la gorge, le ponctionne, il ne sort que du sang, et quelques jours après, le voile est divisé. La gomme ressemble en effet à l'angine simple avec œdème. Il y a analogie dans la rougeur de l'arrière-gorge, plus marquée sur une amygdale, dans l'épaississement, dans la déformation de l'arcade palatine. Si on ne va pas plus loin, on conclut à une angine vulgaire.

C'est là l'erreur grave pour l'avenir ; elle est impardonnable. Tout un ensemble de signes sert à la redresser : 1° Il y a tout un cortège de troubles généraux, fièvre, frisson, courbature, malaise, besoin du lit. Rien de semblable dans la gomme, qui se produit à froid. 2° Dans la plus simple angine il y a douleur, constriction guturrale ; dans la gomme à peine un peu de gêne. 3° Il existe quelques ganglions douloureux dans l'angine vulgaire.

La physionomie générale des deux maladies est toute différente : dans l'angine, apparition subite de souffrance locale, ascension et marche aiguë de la maladie, allure aiguë ; avec la gomme, pas d'état général, rien qu'une lésion locale, froide, très faiblement douloureuse, et quand on s'y est trompé, c'est qu'on n'a regardé que la gorge.

Le *lupus* ulcéré de la gorge peut induire en erreur. Disons en premier ceci : le lupus de la gorge est rare ; il y a six mois que nous n'en avons pas vu dans le service, où le lupus des autres régions abonde. Le diagnostic se fait par ces deux considérations : 1° coïncidence avec le lupus cutané, tandis que la gomme est plus solitaire. Une petite malade, dont vous voyez le moule, a non seulement un lupus palatin, mais cutané, conjonctival, gencival, etc. ; 2° L'ulcération n'est qu'un épiphénomène et elle est partielle.

Le lupus à la période d'état est une hypertrophie mame-

(1) Leçon recueillie et rédigée par M. le Dr Gillet.

Digitized by Google

lonnée, un tapis de tubérosités, de saillies, de nodi, de bourgeons papillomateux, sans ulcération ; puis l'ulcération se fait sur un point, autour duquel il reste encore de la lésion originelle.

D'autres considérations peuvent concourir au diagnostic. 3° L'ulcère lupique est moins grand ; le lupus fait petit, la syphilis fait grand.

4° Le lupus n'a pas de bords à pic ; ceux-ci au contraire sont peu accentués ; son fond n'est pas bourbillonneux, mais rougeâtre, atone.

5° Son évolution est chronique, il dure des années ; la vérole ne marche pas ainsi, c'est en trois semaines que la gomme évolue, un mois au plus ; *la syphilis va vite, la scrofule va lentement.*

Une autre maladie plus difficile à différencier est l'*ulcère tuberculeux* buccal. On ne le connaît guère avant Ricord (1856) qui l'appelait phtisie buccale. Juliard (de Genève), Isambert et Barth fils ont complété sa description. Il est très facile à confondre avec la gomme ulcérée. Sur quels signes se baser pour le diagnostic? En tête, il y a un signe qui clot le débat, l'état général du malade. Dans l'immense majorité des cas, ce sont les phtisiques, ce sont les poitrinaires confirmés. En effet, la tuberculose gutturale est une tuberculose consécutive, qui vient à la suite de la tuberculose pulmonaire avec ou sans tuberculose intestinale. Donc, un coup d'œil suffira. Oui, il en est ainsi 19 fois sur 20, mais pas toujours. On a vu des tuberculoses gutturales initiales ; alors si la phtisie n'est pas confirmée, le diagnostic est encore éclairé par cet habitus spécial du phtisique d'avenir, généralement maigre, au teint terne, allongé, avec antécédents de bronchites, et d'hémoptysies.

Mais supposons qu'on n'ait pas ces signes, on remarquera objectivement que : 1° l'ulcère tuberculeux est rarement étendu, il est petit, limité, circonscrit, une lentille, une pièce de quatre sous, l'ongle, il ne fait pas grand ; 2° il est moins profond, à fleur de muqueuse, tandis que la vérole entame ; il n'y a donc pas une entaillure des bords ; 3° souvent on constate au pourtour de l'ulcération, un, deux, trois petits nodules granuleux, grisâtres, saillants, résistants, ce sont des tubercules en préparation (signe de Trélat) ; 4° il y a des ganglions ; il n'y en n'a pas, ou très exceptionnellement dans la gomme. Notre malade en a de chaque côté (chaîne bicervicale).

Les troubles fonctionnels sont plus accentués dans la tuberculose. Dans la gomme, il y a peu de signes, pas de douleur ; même l'ulcération, la perte du voile peut se faire sans souffrance. Dans la tuberculose il y a troubles fonctionnels et douleurs intenses dans la déglutition, au point d'empêcher quelquefois le sommeil.

5° L'évolution diffère, la tuberculose marche beaucoup plus lentement que la syphilis.

6° Enfin le traitement par l'iodure de potassium juge encore la question.

Quel doit être le *traitement* ? C'est la partie majeure ; il ne faut pas se le dissimuler, le salut du voile est entre les mains du médecin. Ce traitement obéit à trois règles précises : 1° choix du médicament ; 2° rapidité ; 3° doses massives.

1° Il n'y a qu'un seul remède, l'*iodure de potassium* et l'iodure *seul*, d'après l'expérience. Vu les circonstances, on est tenté de faire feu de toutes pièces et d'y associer le mercure ; c'est une mauvaise pratique. D'abord l'iodure suffit ; secondement, le mercure est peu actif, plus lent, et les moments sont comptés ; l'iodure seul va vite ; troisièmement, le mercure peut diminuer la tolérance de l'estomac pour l'iodure, car il faut des doses massives. C'est demander beaucoup à l'estomac dont il faut craindre la révolte et pour vouloir faire tolérer deux médicaments, on n'en fait pas tolérer aucun. Peut-on administrer le mercure autrement qu'à l'intérieur, en frictions par exemple ? Il y a aurait inconvénient, car la stomatite arrive, quoi qu'on fasse. Voyez la situation ; d'un côté, lésion formidable, de l'autre, imminence de stomatite de toute la bouche. Aujourd'hui l'accord général est fait, l'iodure est donné seul.

2° Il faut le donner le plus tôt possible, sans hésitation, séance tenante, les heures sont comptées.

3° Il faut donner de larges doses : le premier jour, 4 grammes d'emblée, et augmenter de 1 gramme par jour jusqu'à 8 grammes. Il faut frapper un grand coup. Consultez les observations néfastes, où le voile s'est ouvert ; on y trouve les doses de 0,50, 1 gramme, 2 grammes. En pareil cas, ces doses sont déplacées. Je me résume : il y a deux écueils à éviter, arriver trop tard, être trop timide. S'il y a imminence de perforation, il ne faut pas craindre de donner d'emblée 8 à 10 grammes comme dernier espoir.

Voyons s'il y a aussi des indications pour un traitement topique. Oui et non, suivant les cas. A la période de crudité, non ; tout au plus prescrira-t-on quelques gargarismes émollients. Lorsque la gomme est ouverte, oui. Il y a une place dans la bouche qu'il faut déterger et modifier. On a trois choses à faire : 1° On badigeonnera les ulcérations avec de la teinture d'iode. La teinture d'iode agit comme modificateur. On se servira d'un pinceau à aquarelle qu'on passera deux ou trois fois et l'on répétera ces attouchements deux ou trois fois par jour. 2° On emploiera des gargarismes de deux ordres, les uns pour nettoyer, pour balayer, les autres pour modifier. Les premiers consisteront en ce qui irrite le moins, décoctions émollientes de guimauve ou de pavot, etc. Les gargarismes médicamenteux seront surtout à base d'iode comme dans cette formule :

Eau	250 grammes
Teinture d'iode	4 grammes
Iodure de potassium	2 à 4 grammes

Dix fois dans la journée.

3° Mieux encore que les gargarismes, les pulvérisations rendront de grands services. Elles seront aussi de deux ordres, émollientes ou iodurées. Comme les gargarismes, elles possèdent une action mécanique ; mais elles vont plus loin, car les malades à voile perforé se gargarisent difficilement.

Lorsque l'ulcération est détergée, que faire ? Suspendre le traitement. De temps à autre, on touchera légèrement au nitrate d'argent, tous les 4 ou 5 jours par exemple, pour activer la cicatrisation. Voilà tout ce qu'il faut faire et rien de plus ; c'est inutile et même nuisible. On a voulu mieux faire, on a cautérisé en pleine activité du mal au nitrate d'argent, caustique faible heureusement, à l'acide nitrique,

Digitized by Google

au nitrate acide de mercure, au chlorure de zinc, à l'acide chromique, au fer rouge, détestable pratique, abominables moyens qui n'arrêtent rien, causent des douleurs vives, et ajoutent des délabrements nouveaux aux délabrements existants.

Voilà la cicatrice faite ; reste-t-il quelque chose à entreprendre : 1° contre la vérole, ou contre la lésion ? Contre la vérole ? Certainement oui. La gomme témoigne une vérole grave, qu'il faut poursuivre. Contre la lésion ? Distinguons : si la cicatrisation est parfaite, absolue, il n'y a plus rien à tenter ; s'il reste une perforation, il y a encore quelque chose à faire.

On les abandonne trop vite aux chirurgiens ou aux appareils. Il y a des perforations curables, les petites. Une petite perforation, qui laisse passer un stylet de trousse, une sonde de trousse même, peut se guérir, si on l'avive légèrement avec les caustiques : l'iode, le nitrate d'argent, le fer rouge même, mais plus timidement. On renouvelle les cautérisations pour que l'irritation amène des bourgeons charnus qui combleront le déficit.

Si la perforation est grande, alors elle est du ressort du chirurgien qui pratique la staphylorrhaphie quand la destruction n'est pas trop forte. Si la perte de substance est trop large, s'il n'y a plus de palais, ou trop peu, il ne reste qu'un seul moyen utile : les appareils de prothèse, les voiles artificiels. Ils se composent d'une armature métallique se fixant sur les dents au moyen de crochets pour la voûte et d'une membrane en caoutchouc pour le voile.

Les premiers jours, l'appareil est gênant, il faut une éducation de quinze jours à un mois ; mais, par contre, le malade en retire des avantages énormes : restitution du timbre de la voix, et de la déglutition, protection des fosses nasales contre l'entrée et le séjour des débris alimentaires, qui se putréfient et déterminent de l'irritation de la muqueuse nasale, puis de l'inflammation osseuse, nécrose des cornets, de la cloison, etc., aboutissant à des ulcérations fétides.

Donc les appareils de prothèse rendent des services immenses aux malades.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital Broussais. — M. le Dr Barth.

Atonie gastrique et dilatation de l'estomac (1)

C'est au milieu de ces accidents variés que le malade poursuit tant bien que mal sa carrière, avec des alternatives d'amélioration et de rechute, selon qu'il se résigne aux soins nécessaires ou qu'il retombe dans les erreurs d'hygiène qui ont commencé le mal. Des années peuvent s'écouler sans que la situation se modifie sérieusement, surtout quand il s'agit de malades de la classe riche, qui peuvent se donner du repos, s'astreindre à un régime convenable, et lutter contre les effets du mal par un traitement approprié. Mais tôt ou tard le moment arrive où la muqueuse de l'estomac, incessamment irritée par des produits de fermentation acides, finit par s'enflammer chroniquement, et par s'altérer dans sa texture : c'est la troisième période de la maladie, la période terminale.

(1) Fin : Voir les nos 11 et 12.

Aux symptômes de la dilatation viennent alors s'ajouter ceux de la gastrite chronique : les crises de gastralgie deviennent plus fréquentes, plus intenses et plus prolongées ; les vomissements, au lieu d'être exclusivement alimentaires ou muqueux, sont souvent mélangés de sang ; parfois même ils sont formés de sang pur, et ces hématémèses, dues aux ulcérations qui se forment sur la muqueuse gastrique enflammée, peuvent être assez abondantes pour épuiser rapidement le malade. A cette période, l'analogie est grande avec le cancer de l'estomac, et la confusion est aisée, surtout quand on n'a pas pu suivre les premières phases de la maladie : c'est la même consomption rapide, le même état cachectique ; ce sont les mêmes douleurs d'estomac, les mêmes vomissements incoercibles ; souvent enfin la palpation du creux épigastrique permet de sentir une petite masse dure, rénitente et douloureuse qui n'est autre que la portion pylorique de l'estomac spasmodiquement contractée, mais que l'on prend volontiers pour une induration cancéreuse.

Toutefois ce faux cancer des dilatés a rarement la marche continue, l'allure inexorable du vrai carcinome stomacal. Souvent, à la suite d'une médication appropriée, le calme revient, les douleurs, les vomissements cessent, le spasme pylorique se dissipe et avec lui la fausse tumeur de l'épigastre. Fait à noter, même à cette phase ultime, l'appétit est rarement aboli, le malade mangerait volontiers si on ne le retenait pas ; il n'éprouve même pas de dégoût pour la viande. Mais malheur à lui s'il cède à la tentation : au moindre écart de régime, l'intolérance gastrique se réveille plus terrible, les douleurs, les vomissements recommencent, parfois accompagnés de phénomènes nerveux graves, de contracture des extrémités, de convulsions, de coma. Une telle crise peut amener la mort ; en tous les cas le malade n'en sort que profondément affaibli. Parfois, grâce au régime lacté, désormais sa seule ressource, il traîne encore quelque temps son existence misérable, mais la situation est sans issue, les sucs digestifs ne sont plus sécrétés, l'absorption intestinale est paralysée, il y a apepsie et lienterie : le lait ingéré à grand'peine passe à travers le tube digestif comme à travers un conduit inerte ; il est rendu sous forme de masses pâteuses, grisâtres, à peine colorées par la bile. Arrivé à ce dernier degré, le malade est à la merci d'une complication quelconque ; sur ce terrain épuisé tous les parasites se développent sans trouver de résistance. Tantôt c'est le bacille tuberculeux qui se charge d'achever l'œuvre, et le malade est emporté par une phtisie à marche rapide ; d'autres fois c'est une pneumonie fibrineuse, une broncho-pneumonie putride qui termine la scène ; ailleurs encore une phlébite ou une escharre gangréneuse du sacrum ; il ne s'agit plus d'une complication, mais d'une manière de mourir.

A l'autopsie de ces malades, on trouve des lésions d'une netteté remarquable : l'estomac dilaté est flasque et descend jusqu'à l'ombilic, parfois même jusqu'au pubis, ses parois sont épaissies ; la muqueuse, recouverte d'un enduit visqueux, est rouge, congestionnée, surtout au niveau de la grande courbure ; en cette région elle présente un piqueté hémorrhagique et fréquemment des ulcérations : celles-ci sont irrégulières, peu profondes, à bords mal limités ; elles n'offrent pas le contour à l'emporte-pièce qui est si

Digitized by Google

caractéristique dans l'ulcère rond de Cruveilhier ; cependant les vaisseaux variqueux et congestionnés qui les entourent, révèlent suffisamment leur rôle dans la production des hématémèses. Au microscope, on trouve les lésions de la gastrite scléreuse : les glandes de l'estomac sont atrophiées ou transformées en petits kystes muqueux, le tissu conjonctif est épaissi, les faisceaux musculaires sont en dégénérescence granulo-graisseuse.

Je ne puis terminer cette conférence déjà trop longue, sans dire quelques mots du traitement de cette maladie, dont j'ai essayé de montrer les phases successives. Beaucoup de médecins, par une interprétation erronée des leçons de Bouchard, préconisent indistinctement le régime sec dans toutes les formes et à toutes les périodes de la dilatation de l'estomac. C'est une profonde erreur, que l'on évitera en étudiant soigneusement l'état fonctionnel et organique, non seulement de l'estomac, mais de tous les autres appareils, chez chacun de vos malades ; seul moyen d'arriver à une thérapeutique rationnelle.

A la première période, celle de l'atonie gastrique, l'estomac n'est que troublé dans sa fonction ; il est encore matériellement intact. On s'attachera surtout à éviter les fautes d'hygiène alimentaire ; les repas seront modérés, pris à des heures régulières ; le malade aura soin de manger lentement, de bien mâcher ses aliments, il évitera toute fatigue morale ou physique immédiatement après les repas. On prescrira la noix vomique pour réveiller la contractilité de l'estomac, la craie pulvérisée, le charbon, le bicarbonate de soude pour modérer les fermentations gazeuses, quelques laxatifs pour s'opposer à la stagnation des matières. Si les phénomènes nerveux prédominent, on pourra y joindre le bromure de sodium, donné à faible dose et par périodes coupées d'intervalles de repos ; s'il y a des signes de torpeur hépatique et de ralentissement des échanges, on tâchera de relever la nutrition générale par l'exercice au grand air, par le massage, par l'hydrothérapie. Un séjour dans les montagnes, une cure à Royat, à Vichy ou même à Carlsbad, rend souvent de grands services.

A la seconde période la dilatation est permanente, l'estomac forcé a perdu toute ou partie de sa puissance contractile et n'est plus guère capable de la recouvrer. Il ne peut suffire à sa tâche que si on prend soin de la lui rendre facile ; de là l'importance capitale du régime alimentaire. Accessoire à la phase initiale, le choix des aliments devient ici la chose essentielle : les indications sont complexes et souvent difficiles à concilier. Il faut écarter les substances facilement fermentescibles, celles qui produisent en excès des gaz, des acides ou des ptomaïnes toxiques ; il faut éviter les mets peu digestibles, qui fournissent beaucoup de résidus, et aussi les aliments liquides qui surchargent l'estomac et diluent à l'excès le suc gastrique ; en même temps il faut fournir la quantité d'eau nécessaire pour les frais des diverses sécrétions, et surtout de la sécrétion urinaire ; enfin il faut soutenir l'appétit par une variété suffisante d'aliments et se garder d'affamer le malade sous prétexte de ménager son estomac.

En règle générale, on interdira plus ou moins complètement les potages liquides, les ragoûts, les sauces grasses, et les condiments épicés, les salades, les légumes féculents *en coque*, les entremets sucrés, les pâtisseries et les fruits au couteau ; on supprimera la mie de pain, les pâtes fermentées, le vin rouge et les liqueurs alcooliques. On composera les repas selon les goûts et les aptitudes digestives de chaque malade, avec des œufs, des viandes bien cuites, du poisson bouilli, des purées de légumes passées, du fromage pas trop fort, des fruits cuits ; on prescrira le pain grillé ou en croûte, et comme boisson, soit du thé léger avec un peu de lait, soit de la bière coupée par moitié avec de l'eau de Vals, soit même de l'eau pure aromatisée avec une très petite quantité de bonne eau-de-vie. Les repas seront pris à huit heures d'intervalle (par exemple à onze heures et à sept heures du soir) ; ils seront modérément abondants ; la quantité de boisson ne dépassera pas un verre et demi par repas ; le malade ne prendra rien dans l'intervalle. Si ses habitudes ou ses préjugés ne lui permettent pas de se contenter de deux repas par jour, il fera entre sept et huit heures du matin une légère collation, composée seulement d'un œuf à la coque ou d'une très petite tasse de cacao sans pain.

Souvent l'observance exacte de ce régime suffit à faire cesser la plupart des troubles digestifs ; on s'abstiendra alors de tout traitement pharmaceutique. Si au contraire les signes de stagnation alimentaire et de fermentation stomacale persistent, on aura recours aux alcalins, aux poudres absorbantes, ou mieux encore à l'acide chlorhydrique : ce dernier, administré à la dose de deux à quatre gouttes, dans un quart de verre d'eau, deux ou trois heures après le repas, empêche ou retarde efficacement les fermentations putrides et apporte un puissant secours à la digestion languissante. Dans le même ordre d'idées on prescrira de temps en temps un léger purgatif, qui balaye les résidus du tube digestif et stimule la tonicité intestinale.

Au début du traitement, il est souvent utile de pratiquer le lavage de l'estomac à l'aide du siphon de Faucher, comme nous l'avons fait chez notre malade : on le débarrasse ainsi des détritus alimentaires plus moins altérés qui sont comme le levain des fermentations putrides ; en même temps, on se renseigne sur les caractères des liquides stomacaux et sur le degré d'altération du suc gastrique. On ne répètera le lavage que si, en dépit d'un régime strict, les digestions continuent à empiéter l'une sur l'autre et à laisser dans la cavité stomacale un résidu permanent.

Après quelques semaines ou quelques mois de traitement (et surtout de régime) les malades sont méconnaissables ; ils ne souffrent plus, ils digèrent bien et reprennent du poids, ils se croient guéris. Ne vous fiez jamais à ces guérisons apparentes : l'expérience journalière prouve qu'il suffit d'une imprudence, même légère, d'un simple écart de régime, pour faire renaître tous les accidents. C'est que la dilatation de l'estomac, arrivée à la période confirmée, ne disparaît guère : on parvient à en masquer les symptômes, à en atténuer les inconvénients, mais, excepté chez les jeunes sujets, il serait téméraire d'espérer la guérir. Vous devez donc avertir vos malades que le traitement est surtout palliatif, et qu'ils doivent se résigner à observer toute leur vie les plus grandes précautions, quant au régime : le maintien de l'équilibre digestif est à ce prix.

Quant à la troisième période, à celle de la cachexie

Digitized by Google

qu'un faux cancer, j'ai peu de chose à vous en dire : ici nos moyens d'actions sont des plus limités. L'estomac irrémédiablement altéré, ne sécrète plus de suc gastrique, il est devenu incapable de toute activité digestive ; le problème à résoudre est de le faire traverser sans trop de peine par une substance alimentaire capable de se digérer dans l'intestin et d'entretenir ainsi la vie du malade. Pour arriver à ce résultat, un seul régime est possible, le régime lacté : on prescrira donc le lait, administré comme faisait Cruveilhier dans l'ulcère rond, c'est-à-dire souvent et en petite quantité à la fois. A-t-on affaire à un malade dont l'intolérance gastrique est absolue, qui souffre de douleurs continuelles et de vomissements incoercibles, on commencera par calmer l'irritation stomacale, à l'aide des opiacés, au besoin par quelques injections de morphine. Puis on prescrira le lait glacé, à la dose de deux cuillerées à bouche d'heure en heure ; dans l'intervalle, on donnera de l'eau de Vichy, ou mieux encore du bicarbonate de soude en solution plus concentrée, de façon à ce que le malade absorbe huit à dix grammes de sel alcalin par vingt-quatre heures. Cette médication, en neutralisant les acides de l'estomac, combat très efficacement le travail ulcératif. Quand les vomissements sont arrêtés, on augmente peu à peu la quantité de lait, de façon à en donner approximativement une tasse toutes les deux heures. Si cette dose est bien tolérée, on pourra se risquer à y joindre quelques jaunes d'œufs, puis de légers potages aux pâtes non fermentées, parfois même une petite purée de légumes ; comme boisson, on se trouvera bien de l'eau oxygénée. Mais il ne faut pas oublier qu'en dehors du régime lacté exclusif, tout est précaire, parce que l'estomac atteint de gastrite ulcéreuse est, et restera toujours, incapable de digérer par lui-même. Ne vous laissez donc pas aveugler par l'apparent succès de votre médication ; tenez votre malade au repos absolu, et ne vous lassez pas de lui rappeler que la moindre fantaisie gastronomique peut être suivie d'une crise mortelle.

REVUE DE MÉDECINE

Hystérie et syphilis. — II. *Attitude et démarche dans l'hémiplégie hystérique.* — III. *Superposition des troubles sensitifs et des spasmes chez les hystériques.* — IV. *Les hystériques et la morphine.*

I. **Hystérie et syphilis.** — Des travaux récents ont mis en lumière les rapports entre l'hystérie et les intoxications. On sait qu'au cours d'un empoisonnement aigu ou chronique par le plomb, le mercure, le sulfure de carbone, l'alcool et d'autres agents, peuvent apparaître divers phénomènes nerveux : hémianesthésie, contractures, tremblements, etc., qui étaient mis autrefois sur le compte de l'intoxication elle-même. Or, d'après les idées actuelles propagées surtout par MM. Charcot Potain, Debove, Letulle, le rôle du poison se réduirait à celui d'agent provocateur, et c'est à l'hystérie qu'il faudrait rattacher ces manifestations. Sur ces données s'est édifiée la doctrine de l'hystérie toxique. Par analogie, il était à supposer que les poisons d'origine microbienne pouvaient avoir la même influence que les poisons d'ordre chimique, et en effet, on connaît mainte observation de fièvre typhoïde, de diphtérie, de grippe même, etc., au cours ou au déclin desquelles ont éclaté des accidents hystériques non douteux (Axenfeld et Huchard). Il en est de même de l'intoxication syphilitique, et M. A. Fournier a établi que la vérole est, elle aussi, un puissant facteur d'hystérie. C'est surtout à la période secondaire, c'est-à-dire au moment où l'infection se généralise au maximum, que l'on assiste à l'éclosion des manifestations de la névrose.

Sans aller aussi loin que M. Fournier, pour qui la syphilis serait capable de créer de toutes pièces l'hystérie, il est légitime d'admettre que le virus spécifique, tantôt réveille l'affection nerveuse momentanément endormie, tantôt provoque ses premières manifestations chez un sujet en puissance. La syphilis en un mot bat le rappel de l'hystérie. L'hystéro-syphilis n'a pas de symptomatologie qui lui soit propre ; il serait donc oiseux de passer en revue tous les accidents qui lui sont imputables, puisqu'ils ne diffèrent pas de ceux de l'hystérie vulgaire. Fait à remarquer pourtant, chaque intoxication imprime à la névrose un cachet spécial ; c'est ainsi que l'hystérie saturnine simule parfois la paralysie des extenseurs ; de même, l'hystéro-syphilis affecte assez habituellement le type hémiplégique. Or, la syphilis cérébrale se traduit souvent par un syndrome analogue. Il y a donc grand intérêt à se demander avec M. Rouby (*De l'apoplexie hystérique dans la syphilis*, 1889), s'il est possible en pareil cas de déterminer la véritable nature de l'hémiplégie. Cette question de diagnostic est capitale pour le traitement. Dans l'hémiplégie d'origine hystérique, ce qui domine, ce sont les troubles de la sensibilité : l'hémianesthésie est complète du côté paralysé ; elle porte aussi bien sur la surface cutanée que sur les organes des sens ; c'est une hémianesthésie sensitivo-sensorielle. Dans l'hémiplégie de source syphilitique, la sensibilité reste indemne ou, du moins, n'est qu'émoussée sans être complètement éteinte. L'étude de la face est aussi d'une importance extrême. La déviation des traits que l'on observe communément et qu'un examen superficiel rattacherait dans les deux cas à une hémiparalysie du facial inférieur, offre en réalité une origine bien dissemblable. Chez le malade hémiplégique, de par son hystérie, la moitié de la face, qui paraît paralysée, possède encore des mouvements volontaires ; la déviation n'est pas due à un défaut d'antagonisme entre les muscles symétriques, mais bien à un état spasmodique de la musculature du côté supposé sain ; la langue participe à cette contracture ; elle est rigide, ramassée au fond de la bouche, et n'est tirée au dehors qu'avec difficulté. On a donc affaire non à une paralysie, mais à un spasme glosso-labié.

La paralysie faciale exclut l'hystérie (Charcot) : quand elle existe, il faut chercher ailleurs la cause qui l'a produite.

Lorsque l'hémiplégie respecte la face, le diagnostic devient plus épineux. Ce sont alors les commémoratifs qui viendront en aide. L'hémiplégie, due à la névrose, débute avec soudaineté, par un véritable ictus, accompagné de perte de connaissance : c'est l'apoplexie hystérique, récemment étudiée par MM. Debove et Achard. Dans l'hé-

Digitized by Google

miplégie syphilitique, le début, lent et graduel, s'annonce par de la céphalée, des vertiges, de l'embarras de la parole, de l'engourdissement des membres. l'ictus apoplectique est exceptionnel (Fournier). Enfin le traitement spécifique fera merveille dans la syphilis, tandis que les agents esthésiogènes resteront sans effet, contrairement à ce qui arrive dans l'hystérie (1).

II. **Attitude et démarche dans l'hémiplégie hystérique** — Todd (2) a donné jadis un signalement magistral de la façon dont marchent les sujets atteints d'hémiplégie hystérique ; il a merveilleusement décrit cette paralysie absolue qui, suivant sa propre expression, fait ressembler le membre inférieur à une pièce de matière inanimée.

Lorsque le malade se tient debout, appuyé sur ses béquilles, le corps repose tout entier sur le membre sain ; la jambe paralysée est placée en arrière à la façon d'un appendice surajouté, et le pied, dirigé en équin, ne touche la terre que par son extrémité. Pendant la progression, ce pied, complètement inerte, ne saurait quitter le sol, et comme les parties atteintes, refusent tout service, le malade ne peut avancer qu'au moyen du membre indemne, en s'aidant de la béquille opposée ; or, cette béquille, mal soutenue elle-même par un bras plus ou moins parésié, n'offre qu'un appui insuffisant, et le pas se trouve de ce chef considérablement raccourci. Quant à la jambe affectée, elle traîne en arrière ; le pied balaye passivement le sol, et n'arrive jamais au même niveau que l'autre pied. Ces caractères, suivant Todd, différencieraient complètement la démarche de l'hémiplégie hystérique de celle de l'hémiplégie capsulaire. Dans l'hémiplégie commune, en effet, le malade fait porter tout le poids du corps sur le membre sain, puis par un mouvement de circumduction, il place en avant la jambe paralysée qui, dans son trajet, décrit un arc de cercle. — Ainsi dans l'hémiplégie hystérique, les malades marchent en traînant le pied ; dans l'hémiplégie ordinaire, ils marchent en fauchant.

Ces attributs distinctifs ne sont pas acceptés sans restriction par M. Gilles de la Tourette (*Iconographie de la Salpêtrière*, 1888). Il y a dans l'hémiplégie vulgaire au début une période flasque où la marche, lorsqu'elle est possible, ressemble à celle de l'hystérique. Un peu plus tard seulement, quand, par suite de la sclérose du faisceau pyramidal la paralysie flaccide se transforme en paralysie spasmodique, se montre la circumduction signalée par Todd. Conséquemment, tout ce que l'on peut affirmer, c'est que le type de la marche, précédemment décrit, est caractéristique de l'hémiplégie flasque ; mais, ce qu'il convient d'ajouter aussitôt, c'est que, lorsque chez un adulte une hémiplégie reste flasque pendant des mois et des années, il y a grande chance qu'elle soit d'origine hystérique.

L'étude de la démarche ne dispense donc pas de la recherche des autres stigmates hystériques ; mais elle n'en est pas moins d'un grand secours pour le diagnostic, ainsi que pour la prognose : l'hémiplégie organique est presque toujours incurable ; l'hémiplégie hystérique, bien que souvent fort tenace, est soumise aux mêmes lois que les autres manifestations de cette névrose, et peut disparaître aussi brusquement qu'elle est survenue.

IV. **Superposition des troubles sensitifs et des spasmes chez les hystériques.** — L'hystérie se traduit souvent par des spasmes localisés à diverses parties du corps; elle constitue en un mot une véritable « diathèse de contractures ». Ces phénomènes d'*hystérie locale* ont également attiré l'attention de M. Gilles de la Tourette qui a étudié les modifications de la sensibilité dans le domaine des muscles contracturés. Ces troubles sensitifs sont constants ; et se révèlent souvent par des anesthésies, plus rarement par des hyperesthésies. C'est ainsi que le blépharospasme hystérique, lié à la contracture de l'orbiculaire des paupières, s'accompagne habituellement d'anesthésie, envahissant en cercle toute la région orbitaire, ainsi que les paupières et la conjonctive ; la cornée n'échappe pas au même phénomène ; mais sa sensibilité réflexe n'est pas altérée ; et les corps, promenés à sa surface ; provoquent encore du larmoiement, et des clignements. L'anesthésie empiète également sur la sphère sensorielle ; l'œil est le siège d'une amaurose plus ou moins complète, bien que l'examen ophtalmoscopique ne révèle aucune lésion de la rétine.

Le spasme glosso-labié se comporte de même, avec cette particularité toutefois que la langue est insensible en totalité : l'analyse attentive du spasme lingual explique ce fait en apparence contradictoire, en démontrant que la musculature de cet organe est en réalité atteinte de deux côtés. Il y a aussi une zône d'anesthésie faciale du côté de la déviation, et quand la contracture envahit le muscle peaucier, la région cutanée cuirassée qui correspond à ce muscle est frappée d'insensibilité. Il en est encore de même dans la contracture hystérique du sterno-mastoïdien, maintes fois confondue avec le torticolis rhumatismal. Un fait curieux à noter, c'est que, quand le côté du corps opposé au spasme est atteint d'hémianestésie, il se produit un phénomène de transfert : la sensibilité reparaît dans la zône occupée par le muscle sain, tandis que la zône correspondant au muscle contracturé forme un îlot anesthésique au milieu des parties indemnes. Parfois la sensibilité, au lieu d'être abolie, est au contraire exagérée : ainsi M. G. de la Tourette a observé un cas de blépharospasme, accompagné d'hyperesthésie et de photophobie. De même dans le syndrôme décrit sous le nom de coxalgie hystérique, il existe une sensibilité exquise au moindre frôlement dans le domaine des muscles fessiers contracturés, c'est là ce qui constitue le *signe de Brodie*. La constatation de ces troubles sensitifs est d'une certaine utilité pour prévoir la persistance ou la disparition des spasmes auxquels ils sont superposés. On peut, la plupart du temps, faire disparaître ceux-ci, soit par la suggestion, soit par tout autre moyen ; mais tant que l'anesthésie ou l'hyperesthésie persistent à leur niveau, les spasmes récidivent ; ils ne cèdent définitivement qu'avec le retour de la sensibilité.

Le diagnostic tire également quelque bénéfice de cette observation, car elle éclaire la nature d'un grand nombre de manifestations spasmodiques. C'est ainsi que dans la blépharospasme, l'existence de troubles de la sensibilité

1. Achard. — De l'apoplexie hystérique. *Th. Paris*. 1887.
2. Todd. — Clinical lectures on paralysie. Londres, 1856.

Digitized by Google

permettra au clinicien d'affirmer la véritable origine de l'affection, et le mettra en garde contre une opération chirurgicale inutile et même nuisible. L'influence de l'hystérie dans la production de divers torticolis, sera pareillement décélée on rejettera alors la ténotomie et les appareils contentifs. M. Charcot n'a-t-il pas en effet, démontré que le meilleur moyen d'éterniser les contractures hystériques, était de placer les parties atteintes dans un appareil ?

IV **Les hystériques et la morphine.** — Doit-on administrer la morphine contre les manifestations convulsives et douloureuses de l'hystérie ? M. Terrail, dans son mémoire inaugural (*Traitement de l'hystérie par la morphine* 1889) arrive à cette conclusion : que l'usage de la morphine ne donne pas, dans le cas qui nous occupe, des résultats assez satisfaisants pour encourager le médecin à recourir de primesaut à cet alcoïde. Il est le plus souvent inefficace, et lorsqu'il réussit à calmer une crise convulsive, il agit surtout à titre d'agent suggestif, et pourrait être remplacé par de l'eau distillée ou toute autre substance inoffensive.

Les indications de la morphine dans le traitement de l'hystérie sont donc très-rares, et son usage doit être réglé avec la plus grande circonspection, surtout si on l'admistre par la voie hypodermique ; car les hystériques ont une déplorable tendance à devenir morphinomanes. Dans le cas où des circonstances spéciales en font une nécessité, il faut se garder de laisser la solution et la seringue a la disposition des malades. Mais la morphinomanie n'a pas toujours, chez les hystériques, une origine thérapeutique : elle dérive souvent d'une source purement passionnelle : certains sujets se font d'abord des piqûres par curiosité, par appétence de sensations nouvelles; bientôt, ce qui n'était qu'un simple raffinement, devient un besoin pressant, impérieux, irrésistible.

En présence d'un hystérique devenu morphinomane, quelle sera la conduite du médecin ? Ce sera naturellement de chercher à combattre l'intoxication. Les différents modes de traitement du morphinisme se synthétisent en trois méthodes : la suppression brusque, dont Levinstein s'est constitué le défenseur, la suppression demi-lente, préconisée par Erlenmeyer, et la suppression graduelle, adoptée par la majorité des spécialistes. D'une façon générale, on diminuera chaque jour de 0,01 centigr. la dose de morphine absorbée ; en même temps, on aura recours aux toniques du cœur, à la spartéine, à la caféïne surtout, pour prévenir le collapsus et les syncopes chez les intoxiqués dans l'état d'abstinence et en voie de traitement.

EM. TOURNIER.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

De l'ablation des glandes lacrymales oculaires dans les larmoiements incoercibles, par M. le Dr H. CASTAGNÉ. — Deux traitements ont été employés contre cette affection : 1° les médications ayant pour objet de rétablir au trajet lacrymal normal ou exceptionnel ; 2° les procédés de destruction de l'appareil lacrymal, voies d'excrétion et glandes, ou bien l'ablation de ces dernières.

M. Castagné étudie cette opération qui est indiquée quand le cathétérisme a échoué, et lorsque la muqueuse oculaire présente une sensibilité extrême, que les larmes coulent sur la joue et enflamment sa peau, et qu'il s'ajoute à l'éruption une affection chronique de la conjonctive pouvant troubler les fonctions visuelles.

Cette opération ne fait courir aucun risque à l'œil, car la glande lacrymale ne lui est pas indispensable pour entretenir une humidité constante sur la surface du globe oculaire. La sécheresse de l'œil n'est pas à redouter, car les follicules ciliaires peuvent, jusqu'à un certain point, suppléer à l'usage du fluide lacrymal, et, dans tous les cas, la glande lacrymale accessoire, la glande palpébrale, suffit amplement à la lubrifaction de de l'œil. Badal a constaté, dans une série de recherches, que la portion orbitaire de la glande est parfaitement isolée par sa coque fibreuse de la portion palpébrale, et il s'ensuit que son extirpation complète enlève seulement aux opérés la faculté de pleurer.

L'extirpation de la glande orbitaire est une opération efficace, puisque toujours elle a débarrassé immédiatement les malades de leur infirmité. Et si l'ablation de la portion orbitaire ne suffisait pas, on serait en droit d'enlever la portion palpébrale, comme l'a fait Badal sur un malade atteint d'ectropion cicatriciel qui, laissant la cornée à découvert, avait amené une kératite grave. (*Montpellier med*, : Voir octobre 1889). S. R.

De plus, c'est une opération facile par suite de la situation de la glande orbitaire, qui est très accessible si l'on suit le procédé de Tillaux et d'Abadie. Se basant sur les rapports de la glande avec l'aponévrose orbitaire, Tillaux conseille de « pratiquer à la base de l'orbite, au niveau de la queue du sourcil, une incision parallèle au rebord de l'orbite traversant toutes les parties molles, y compris le périoste, qui est ici très résistant, et l'abaisser de façon à ouvrir l'orbite. On rencontre aussitôt le feuillet aponévrotique, qui est si mince que les granulations de la glande se voient à travers, et l'on extirpe la glande avec la plus grande facilité, en même temps que l'on évite sûrement d'ouvrir la loge postérieure de l'orbite.

De l'orchite lymphatixique et de son traitement, par M. le Dr VALENCE. — Dans cette forme de manifestations lymphatiques, le paludisme n'a pas à intervenir, et l'auteur le prouve en rapportant quatre observations dans lesquelles la lymphatexie est seule en cause.

Ces orchites s'observent dans les régions intertropicales et présentent les caractères suivants : tumeur dure, bosselée, occupant l'épididyme et se développant d'une façon progressive et apyrétique, ou bien rapidement et avec quelques symptômes d'embarras gastrique légèrement fébrile dans les cas les plus aigus. Le testicule est souvent hypertrophié, lisse, élastique. Prennent part à l'inflammation aiguë ou chronique, presque toujours le cordon, très rarement la vaginale. L'engorgement peut disparaître très rapidement ou bien, persister pendant très longtemps, avec des périodes d'inflammation ou de régression. Jamais atrophie du testicule ; elle est peut-être possible. Le sulfate de quinine ne modifie pas cette affection dont le traitement consiste :

1° A rapatrier le malade : (traitement curatif) (*Archives de med. navale*, janvier 1890).

2° Ou bien à supprimer la douleur et à diminuer l'inflammation et à résoudre l'engorgement (repos, sangsues, émollients ; puis résolutifs, onguent napolitain, emplâtre de Vigo, compression (traitement symptomatique).

3° A prescrire des toniques à l'intérieur, et à éviter les exercices physiques et les fatigues. S. R.

Un cas d'empoisonnement par le café, par M. COUX. — Voilà certes, une intoxication qui n'est pas fréquente. Un homme de 39 ans, ingère deux tasses d'une infusion de deux onces et demi de café noir. Deux heures après, il accuse du

Digitized by Google

malaise, de la céphalalgie, du tremblement des membres et du tronc, des palpitations, de l'anxiété précordiale et des efforts de vomissements.

Le tremblement des mains était plus marqué que celui des membres inférieurs ; la parole était gênée, la face congestionnée et la peau couverte de sueur. On constatait à l'auscultation la diminution des bruits du cœur et à la palpitation, une élévation de la tension du pouls radial. (*Therapeut. Monast.* 1889, n° 3).

Les besoins d'urine étaient fréquents, mais, l'urine conservait sa limpidité bien que présentant une coloration brunâtre. Ces accidents disparurent lentement, malgré l'administration d'un gramme de bromure de potassium. La nuit fut agitée et le tremblement, tout en diminuant, persista deux jours durant. S. R.

De l'électrolyse contre les suppurations chroniques de l'oreille moyenne par M. le Dr Gruber. — La méthode de Voltolini lui a donné les meilleurs résultats contre les polypes et les granulations de l'oreille moyenne. Ceux-ci sont d'autants plus prompts que le malade endure un courant plus intense et plus prolongé.

Les polypes peuvent disparaître après une seule application dans l'espace de vingt ou trente jours : le traitement des granulations exige une durée plus considérable. Deux méthodes ont été employées. Dans l'une le cathode est placé sur l'apophyse mastoïde et l'anode au voisinage le plus immédiat de la tumeur. Dans l'autre les deux poles sont armées d'aiguilles que l'on place sur la tumeur à une distance de un à deux millimètres. (*Wien* Blatter 1889 n° 9).

L'auteur fait usage d'une batterie de dix éléments de Semens. L'application n'a pas été tolérée par le malade au dela de deux minutes. S. R.

Gommes syphilitiques anormales de l'isthme du gosier, par M. le Dr V. A. Roger. — A propos d'une observation de sa pratique, notre distingué confrère, discute les difficultés du diagnostic des gommes du gosier quand elles sont multiples et que l'on peut confondre avec le lupus. Avec un sens clinique qui l'honore, M. Roger rapproche cette observation d'un fait cité par Rothe et formule les conclusions suivantes dont on ne saurait méconnaître la légitimité (*Annales de dermatologie et des syphiliographie* 1889).

1° L'isthme du gosier peut être le siège de gommes syphilitiques, d'une forme rare, absolument anormale ;

2° L'anomalie porte sur deux caractères ; la multiplicité des gommes, leur persistance par involution scléreuse ;

3° Cette forme de gommes a une très grande ressemblance objective avec le lupus de la même région ;

4° Elle est très difficilement curable. Ch. E.

De l'emploi de la papaïne dans les maladies de l'oreille, par M. le Dr Johnson. — On connait la difficulté, dans les outes chroniques moyennes, d'expulser les débris ou les puoduits de suppuration qui encombrent le conduit auditif. M. Johnson a voulu, dans le but de les rendre plus fluides, employer la papaïne (*Edim. Med. Journal*), Janvier 1890, p. 621).

A cet effet, il instille dans le conduit auditif, goutte par goutte, 15 gouttes d'une solution de popaïne à 5 pour cent. Il l'y laisse séjourner durant une heure. Il pratique ensuite des irrigations et des lotions boriquées qui entraînent les produits morbides devenus plus liquides. On sait que la papaïne agit aussi bien dans un milieu acide que dans un milieu alcalin, et qu'elle est soluble dans la glycérine ou une solution légère de carbonate de soude. S. R.

REVUE DES THÈSES

Lithiase biliaire dans l'enfance, par M. le Dr Gourdin Servenière (*Th. de Paris* 1889).

Si l'enfant semble devoir être rarement atteint de lithiase biliaire, il n'en est cependant pas exempt ; la preuve en est donnée par les 26 cas que l'auteur a réunis. Il est vrai que 16 fois le diagnostin n'a pas été porté qu'à l'autopsie. L'ictère calculeux s'est montré 8 fois chez le nouveau né. H. G.

BULLETIN DE LA SEMAINE

La dernière élection académique. — Civil ou militaire ? — Une chaire de clinique thérapeutique à la Faculté de Paris. — Son titulaire.

A l'Académie, c'est tout comme ailleurs : les élections se suivent, mais ne se ressemblent point.

Il y a deux semaines, la docte Compagnie rendait hommage, par un vote presque unanime, à notre cher et estimé confrère Lereboullet. C'était à bon droit, nous avons applaudi.

La semaine dernière, et après une élection chaudement disputée, elle a appelé M. Chauvel à prendre place dans le fauteuil que Perrin occupait naguère.

C'est un fauteuil militaire. Un chirurgien d'armée en a été l'éminent possesseur; un autre chirurgien d'armée le possédera dorénavant. Le second, nos lecteurs s'en souviennent, est l'érudit biographe de Sédillot, et si je ne me trompe, l'un de ses successeurs dans l'enseignement de l'école de médecine du Val-de-Grâce.

Bref, il n'y a rien de changé sous le dôme de la rue des Saints-Pères. Le camp des militaires y compte un savant représentant de plus. Nous exprimons nos félicitations à notre distingué confrère, et nous constatons que sa victoire a été aussi un peu celle du corps de santé de notre armée.

Et puis, cette victoire n'était point sans péril. La Commission académique avait placé en première ligne, un chirurgien que l'on s'étonne depuis longtemps de ne pas voir parmi ses membres. J'ai nommé M. Terrier, dont on aime toujours à rappeler les hauts mérites comme clinicien, l'habileté comme opérateur et la scrupuleuse droiture professionnelle.

Pour triompher, il a donc fallu mobiliser les réserves. Il est venu du renfort de loin, jusque de Lyon, paraît-il. On a vu, dit-on, un électeur académique traverser en hâte la salle des séances, déposer son bulletin dans l'urne et, avec non moins de hâte, prendre de nouveau le train, d'où il était descendu quelques heures auparavant. Foi d'habitué de la rue des Saints-Pères, le fait est exceptionnel. Du moment qu'une assemblée délibérante se transforme en champ de bataille, on doit s'attendre à des surprises. Un coup de bulletin, cela suffit. C'est une dernière cartouche et cela, parfois, décide du gain de la bataille.

Et maintenant, tous nos souhaits les plus sympathiques à M. Terrier. Nous espérons que, dans la prochaine élection, l'exemple de nos confrères militaires inspirera aux chirurgiens civils qui siégent à l'Académie, un salutaire esprit de corps.

Il y a une omission à réparer. Pour l'honneur de la science française, il ne faudrait cependant pas que l'on puisse dire un jour : ce n'est point l'Académie qui manque à M. Terrier, c'est M. Terrier qui manque à l'Académie.

Digitized by Google

Quel que soit leur intérêt, ces incidents électoraux ne font pas oublier un changement que l'on dit prochain dans le personnel, et peut-être dans l'enseignement de notre Faculté parisienne.

Une chaire doit, paraît-il, se trouver prochainement vacante par la retraite du professeur justement estimé qui l'occupe. C'est la chaire de pharmacologie : une partie de la matière médicale dont les limites sont à coup sûr fort indécises.

Les grammairiens et les dictionnaires déclarent qu'elle a pour objet de faire connaître les médicaments en tout ce qui peut éclairer l'emploi de ces moyens thérapeutiques.

Ici donc, la pharmacologie commence à l'histoire naturelle, à la chimie et à la physiologie ; là elle s'arrête sur les confins de la thérapeutique. Quelle division artificielle !

La pharmacologie classique n'est donc pas tout à fait celle-ci ; elle n'est point non plus tout à fait celles-là. Qu'Ile est-elle ? Il serait plus aisé, je crois, de dire ce qu'elle n'est point, et surtout ce qu'elle ne peut pas être.

Et puis, d'aucuns, — ils sont nombreux, — estiment que la connaissance des médicaments, leur maniement et leur emploi, s'enseignent toujours plus utilement au lit du malade que du haut d'une chaire didactique ou par la seule expérimentation sur les animaux. Les malades permettent seuls, — il y a beau temps qu'on le sait, — de juger en dernier ressort de la valeur et de l'indication des médicaments : c'est donc auprès des maladies qu'on doit transporter tout enseignement susceptible « d'éclairer, — selon la définition classique, — l'emploi de ces moyens thérapeutiques. »

On m'objecte que tout cela n'est plus nouveau ! Oui : à Paris, des médecins des hôpitaux sont entrés depuis longtemps dans cette voie : témoin : à l'hôpital Bichat, M. H. Huchard, dans ses conférences au lit du malade ; témoin : M. Dujardin-Beaumetz. On pourait ajouter encore que cet enseignement existe dans quelques Facultés étrangères. La clinique thérapeutique, nul ne l'ignore, n'est plus une science nouvelle et, si on l'ignorait, le titre même de ce journal dispenserait de le rappeler.

Ce qui paraîtrait inédit, ce serait de voir l'Université entrer enfin dans la voie où l'enseignement libre depuis longtemps l'a précédé. Après tout, l'avenir a ses surprises, c'est peut-être, par une route détournée, un acheminement vers l'organisation si désirable de l'Ecole de médecine des hôpitaux.

Quel sera le futur titulaire de la chaire ainsi transformée ?

Un permutant parisien ? On parle d'une candidature.

Un permutant émigrant de Lyon à Paris ? Ce serait un changement de garnison universitaire, et les Facultés départementales, habituées à recevoir des professeurs venant de Paris, seraient étonnées, pour une fois, d'en rendre un à la capitale.

Et parmi les agrégés ? Et en dehors du corps universitaire ? Il y a, croyez-le, bien des compétiteurs.

Ce n'est pas tout. Où installer la nouvelle chaire ? A l'hôpital Saint Antoine ? A l'hôpital Cochin ?

On dit tout cela, on dit même autre chose encore ; la seule chose que l'on oublie de dire, c'est de ne pas vendre la peau d'un ours avant de l'avoir tué, et à la Faculté de mettre tant de compétiteurs d'accord en sollicitant du ministre, excellente occasion, le rétablissement du concours professoral pour une chaire consacrée à un enseignement officiellement si nouveau.

CH. ELIOT

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 18 mars 1890)

Présidence de M. le Dr MOUTARD-MARTIN

Taches pendant la grossesse. — M. TARNIER présente une malade qui, pendant sa grossesse, a des taches disséminées en des points du corps où on ne les observe pas habituellement. La cause de cette éruption est inconnue.

Autographisme. — M. MESNET présente une malade qui offre un autographisme très net. A ce sujet il lit une note sur l'autographisme et les stigmates chez les possédés au seizième siècle.

Tétanos traumatique. — M. VILLEMIN lit une observation de tétanos traumatique que M. SOLLES (de Bordeaux) a guéri par le chloral, le bromure de potassium, les purgatifs drastiques et les injections sous-cutanées de pilocarpine.

M. MOTAIS lit une note sur un nouveau procédé d'opération du strabisme.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX

Séance du 21 mars 1890.

Présidence de M. le Dr DUMONTPALLIER

De la rubéole. — M. JUHEL-RENOY étudie les principaux caractères de cette affection, qu'il considère comme ayant une autonomie propre. Les auteurs classiques français en parlent peu ; c'est à Hebra et Kaposi que l'on en doit la meilleure description. Voici les trois observations résumées sur lesquelles l'auteur appuie son mémoire.

Un jeune Anglais, à son arrivée à Paris, est atteint d'une éruption pointillée, rappelant celle de la scarlatine et siégeant sur la face, le cou, le tronc et les membres ; apyrexie complète, pas d'angine. M. Juhel porte le diagnostic de scarlatine fruste. Le lendemain l'éruption pâlit, mais il existe une tuméfaction notable des ganglions cervicaux. Deux jours après, l'éruption était éteinte et la guérison complète ; pas de desquamation. Le malade lui-même donna le vrai diagnostic à son médecin, en lui écrivant d'Angleterre qu'il avait été atteint de *rubéole*, maladie sévissant alors parmi ses camarades de collège.

En janvier 1890, un homme de 55 ans, entra dans le service de M. Juhel avec une tuméfaction considérable de toutes les glandes du cou, salivaires et lymphatiques ; pas de fièvre. Le sixième jour, apparaît une éruption à papules plates, séparées par des intervalles de peau saine sur la face et le tronc ; le cou et la nuque sont couverts d'un collier framboisé, d'aspect scarlatiniforme. L'apyrexie est complète ; pas de catarrhe des muqueuses oculaires, nasales ou pharyngées. Le malade se plaint seulement de démangeaisons ; deux jours après, l'éruption disparaissait et la guérison était complète. M. Juhel, porta le diagnostic de rubéole, il en fut de même dans les cas suivants.

Le 2 mars 1890, une jeune fille est atteinte d'une éruption papuleuse très confluente sur la face. Apyrexie, tuméfaction des ganglions cervicaux. Trois jours après elle était guérie. Le 14 mars, douze jours après le début de la maladie, sa sœur qui avait eu la scarlatine et la rougeole, présentait la même éruption. Enfin le 17 et le 18 mars, une troisième et

Digitized by Google

un quatrième enfant étaient prises de rubéole dans la même famille.

Les exemples prouvent que la rubéole est une maladie contagieuse, que la durée d'incubation est de 15 jours environ : qu'elle est indépendante de la rougeole et de la scarlatine ; que l'existence antérieure de ces fièvres n'est point un préservatif contre elle. Celle-ci, d'ailleurs, possède une physionomie très distincte. Ses prodromes courts ou nuls, sont rarement caractérisés par de la fièvre. L'invasion est brusque ; l'éruption, complète en 36 heures, disparaît vers les 3e et 4e jour. L'engorgement ganglionnaire paraît constant, la guérison est la règle. Très contagieuse et d'une transmission facile, elle affecte surtout l'enfance et ne présente aucun caractère de gravité.

M. Huchard a observé des éruptions semblables dans plusieurs familles. Cette affection lui paraît très contagieuse et assez fréquente; elle demande à être examinée de près. Car on passe souvent à côté d'elle, sans la reconnaître. Il a également constaté la tuméfaction ganglionnaire, mais elle lui a semblé moins considérable qu'à M. Juhel : elle affectait souvent un petit ganglion rétro-auriculaire. Il a constaté de la rougeur de l'arrière-gorge et une fièvre légère dans presque tous les cas. Enfin, l'éruption est essentiellement polymorphe constituée par des éléments éruptifs de diverses apparences, papules, plaques framboisées, miliaire.

Troubles nerveux et intellectuels consécutifs de la grippe. —M. I. Séglas a, de même que MM. Huchard et Grasset, observé le réveil et l'aggravation des maladies par la grippe. Chez des individus plus ou moins prédisposés, elle a provoqué l'apparition ou le réveil des troubles nerveux ou intellectuels très caractérisés. Un malade atteint autrefois de névralgies du trijumeau dont il n'avait pas souffert depuis une dizaine d'années, a vu, à la suite d'une atteinte de grippe légère, réapparaître les névralgies qui ont duré trois semaines environ. Une hystérique, n'ayant pas eu d'attaques depuis 2 ans, est tombée à la suite d'une atteinte de grippe, dans un état de mal hystérique qui a duré plusieurs jours. Une autre hystérique, n'ayant pas eu depuis 5 ans d'accidents autres que de l'ovarte, a présenté dans les mêmes conditions de l'aboiement pendant trois semaines. Il a vu aussi un grand nombre de malades neurasthéniques dont les accidents se sont très aggravés à la suite de la grippe.

Les troubles intellectuels survenus à la suite de la grippe sont généralement de caractere dépressif.

Dans les cas les plus fréquents, c'est un état de dépression simple, physique et intellectuelle, indifférence absolue, paresse des facultés surtout volontaire. Ces malades sont de véritables, alcooliques ; deux cas de ce genre sur cinq ont duré six semaines deux mois chez deux malades, prédisposés mais sans antécédents vesaniques; cet état s'est aggravé et a revêtu chez l'un l'aspect de la stupeur mélancolique, chez l'autre celui de la mélancolie anxieuse avec délire. Un autre malade, atteint d'obsession avec conscience, mais en état de rémission a présenté à la suite d'une grippe légère un accès de folie du doute. D'autres, obsédés également, mais en période de maladie l'ont vu s'exagérer considérablement sous l'influence de la grippe.

M. Talamon lit un mémoire sur la **classification des différentes formes et le pronostic de la variole.**

Dr Marciguet.

SOCIETÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 mars 1890.

Présidence de M. le Dr Terrier

Extirpation du larynx. — M. Perier rapporte un cas d'extirpation totale du larynx pour cancer, sans trachéotomie préalable. Il s'agit d'un homme de 66 ans, chez lequel l'affection a débuté en septembre 1888. En mai 1889, on observe une immobilisation de la corde vocale gauche. Il entre le 16 janvier dernier dans le service de M. Gouguenheim qui constate l'état local suivant : épiglotte saine, cartilages aryténoïdes sains et mobiles, cordes vocales supérieures légèrement tuméfiées, corde vocale inférieure gauche envahie par un néoplasme qui occupe le ventricule du même côté. Par l'ablation de quelques fragments et constate qu'ils appartiennent à un épithélioma. L'état général est bon, les poumons sont sains ; il n'existe pas d'engorgement ganglionnaire, et comme d'autre part, les accès de suffocation sont fréquents, la respiration difficile, M. Perrier pratique le 5 mars l'extirpation totale du larynx, suture la trachée à la partie inférieure de la plaie, et y place une canule. L'opération avait marché sans incident, et on était en droit d'espérer un bon résultat, lorsque le malade mourut subitement la nuit suivante. L'autopsie fut négative, on ne trouva qu'un peu d'athérome des gros vaisseaux de la crosse de l'aorte. La tumeur occupait la moitié gauche du larynx et était constituée par de l'épithélioma.

M. Schwartz a relevé dans sa thèse d'agrégation un certain nombre de laryngectomies qui toutes ont été précédées de la trachéotomie. M. Périer a inauguré une nouvelle méthode, l'avenir nous apprendra si elle est préférable à l'ancienne. Peut-être dans le cas particulier aurait-on pu faire la laryngectomie partielle, qui donne moins de mortalité que l'extirpation totale ?

M. Terrier a pratiqué en juillet 1889 la même opération sur un homme de cinquante ans, atteint d'un cancer du larynx avec accès de suffocation violents et expectoration abondante. Il avait fait la trachéotomie préventive. Les suites de cette opération furent bonnes ; jusqu'au 24 août le malade se nourrit par la sonde œsophagienne, puis à partir de cette époque, il put prendre les aliments par la bouche. L'examen histologique de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux lobulé. Cependant la récidive apparut bientôt dans les ganglions du cou. M. Terrier en extirpa un le 28 novembre, il était constitué par l'épithélioma pavimenteux lobulé. A peine guéri de cette opération, le malade fut atteint de grippe avec accidents pulmonaires auxquels il succomba le 16 décembre dernier.

L'état du malade avait été très-satisfaisant pendant les quelques mois qui suivirent l'opération ; on sait combien est intolérable la situation des malades chez lesquels évolue lentement le cancer du larynx. Instruit par un cas de ce genre, M. Terrier est d'avis que l'on doit pratiquer l'extirpation totale à une date aussi rapprochée que possible du début des accidents.

Cancer atrophique de la langue. — M. Cerné (de Rouen), présente une pièce anatomique, rare et singulière, trouvée chez une femme de 73 ans morte à l'hôpital. Il s'agit d'un squirrhe atrophique de la langue. Cet organe qui a conservé sa forme habituelle est réduit dans toutes ses dimensions et présente à peu près l'aspect et le volume d'une langue de perroquet. La langue était envahie dans toute son étendue par un épithélioma pavimenteux tubulé (squirrhe atrophique des anciens auteurs).

Dr Marciguet

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 24 février 1890

Présidence de M. le Dr Michel Dansac

La correspondance imprimée comprend : *Les annales des maladies des organes génito-urinaires* ; un travail de Mr le Dr Debacker, de Roubaix sur *l'Influenza chez la femme*, et la

Digitized by Google

Gazette de Gynécologie.

M. Schwartz fait une communication sur la **laryngotomie intercrico-thyroïdienne** (Voir n° 11).

M. Routier. — Je m'associe absolument à ces conclusions ; chez l'enfant, je suis partisan de la trachéotomie; chez l'adulte, la laryngotomie est bien plus facile. Je l'ai faite, il y a 4 à 5 mois; chez une femme atteinte de cancer du larynx et de dysphagie absolue. Pour cette dysphagie, je lui fis la gastrostomie. Pour son cancer, j'ai fait la laryngotomie, elle va bien encore aujourd'hui et porte une canule ordinaire, parce que son éloignement de Paris ne me permet pas de la surveiller ; elle se nourrit par sa bouche stomacale, et en ces derniers temps, elle pouvait déglutir les liquides.

M. Richelot. — Depuis que cette question a été discutée à la Société de chirurgie, il semblait qu'elle eût été abandonnée et elle mérite d'être reprise.

La trachéotomie offre de réels dangers ; elle donne des accidents. En voici un, entre autres, que je signale. La laryngotomie intercrico-thyroïdienne avait été vantée à la Société de chirurgie ; on avait montré ses avantages sur la trachéotomie. un chirurgien du Val-de-Grâce, ne tint pas compte de ces avantages de la laryngotomie intercrico-thyroïdienne, fit la trachéotomie et eût une mort par hémorrhagie.

Quand la laryngotomie est praticable, c'est à elle, de préférence, qu'il faut recourir, car elle est très facile après un court apprentissage. Quand on explore le cou à l'extérieur, la tête droite, il semble que l'espace soit linéaire ; il n'en est plus de même si l'on a soin de défléchir la tête, alors cet espace s'ouvre largement et donne une place qui permet le passage d'une canule de 8 à 10 millimètres. Cette canule doit être à bec *absolument*, une canule coupée en rond ne passerait pas ; la canule de Krishaber est indispensable. On m'a objecté que la laryngotomie intercrico-thyroïdienne est une opération nouvelle que nous proposons à des praticiens habitués à la trachéotomie. On m'objecte aussi que M. Tillaux, dans son livre, condamne la laryngotomie intercrico-thyroïdienne. Il y a là une confusion. M. Tillaux condamne la crico-trachéotomie chez l'adulte, mais il ne condamne pas la laryngotomie intercrico-thyroïdienne ; il la croit seulement difficile, l'espace lui paraissant restreint ; il ne s'agit bien entendu que de l'adulte ; chez l'enfant, cette opération est impossible.

Ce n'est pas une raison parce que la trachéotomie réussit dans un certain nombre de cas, pour qu'on ne doive lui préférer la laryngotomie intercrico-thyroïdienne, lorsqu'elle est possible. Cette opération ne présente ni les difficultés, ni les dangers de la trachéotomie ; il n'y a qu'*un trou* littéralement à faire, aussi est-elle extrêmement rapide. Toutes les fois que l'obstacle siège à la glotte ou au-dessus, cette laryngotomie d'une manière générale est indiquée. Je l'ai faite pour des cancers du larynx, pour l'ablation de la langue. La rapidité de l'exécution de cette opération est une grande ressource dans un certain nombre de suffocations. Dans un cas particulier, cela m'a été d'un grand secours pour éviter une suffocation imminente.

M. Routier.— L'usage du chloroforme facilite beaucoup la rachéotomie ; ne serait-il pas indiqué de l'employer pour la laryngotomie intercrico-thyroïdienne ?

M. Richelot. — On n'a pas besoin d'éviter la douleur, les mouvements du malade, cela se fait tellement vite, tellement facilement que la question du chloroforme ne mérite pas d'être discutée. L'opération est si facile, si rapide, si peu douloureuse qu'il vaut mieux, je crois, ne pas recourir à l'anesthésie.

M. Schwartz. — J'ai fait la trachéotomie, et trois fois la laryngotomie intercrico-thyroïdienne ; et je dis la trachéotomie est toujours difficile ; la laryngotomie est toujours très-facile.

Je diffère cependant un peu de l'avis de MM. Richelot et Routier au sujet de l'indication dans le cancer du larynx ; dans un certain nombre de cas (un de M. Terrier et moi en particulier, est très-démonstratif à ce sujet), faire la laryngotomie c'était s'exposer à tomber dans le cancer ; la trachéotomie peut devenir l'opération de choix.

Je ne crois pas non plus que le chloroforme soit nécessaire à cette opération. L'injection préalable de cocaïne permet de faire l'opération presque sans douleur.

En résumé, c'est là une opération très facile, excellente, qui mérite d'être prise en considération par tous les praticiens.

M. Potherat. — M. Richelot a dit tout à l'heure que dans un cas il avait été obligé de sectionner le cricoïde. Or, je n'ai jamais vu faire l'opération sur le vivant, mais je l'ai vu pratiquer souvent sur un cadavre, en particulier, par M. Farabeuf qui avait travaillé ce point avec M. Krishaber. Il nous fit voir souvent, à l'Ecole pratique, qu'il fallait presque toujours, pour permettre l'introduction de la canule, inciser le cricoïde. Lorsque ce cartilage était ossifié (vieillesse, périchondrite) l'introduction de la canule devenait très difficile ou même impossible. J'ajouterai que M. Farabeuf se servait de la canule de 8 à 10 millimètres de diamètre ; un centimètre en chiffre rond. Quant à l'opération en elle-même, il n'est pas douteux qu'elle soit infiniment plus facile ; la situation bien plus profonde de la trachée, sa mobilité, son rapport avec le plexus thyroïdien, ne permet pas, lorsque les deux opérations sont discutables, de mettre en comparaison la trachéotomie avec l'ouverture de l'espace intercrico-thyroïdien qui est tout superficiel, sans organe à traverser, sans vaisseaux à sectionner.

M. Schwartz. — Il ne faudrait pas croire qu'il soit nécessaire, pour assurer la respiration, d'une grosse canule. Une canule de 8 millimètres suffit parfaitement et une canule de ce calibre passera toujours dans l'espace en question, chez l'adulte.

M. Richelot. — Je suis absolument de cet avis ; c'est ainsi qu'ayant fait la laryngotomie pour une sténose syphilitique, j'ai fait poser une canule de 9 millimètres ; elle assurait entièrement la respiration. Une canule d'un calibre relativement restreint suffit donc, pour les besoins de la respiration, surtout pour les sténoses laryngées. Trousseau a donc exagéré un peu le volume des canules à employer.

M. Reliquet. Quand on a de bons poumons, avec un orifice petit, on respire très-bien. Il est une petite expérience que l'on peut répéter soi-même. On place dans sa bouche un vulgaire cure-dents, on marche en ne respirant que par ce cure-dents, et on constate que la respiration n'est pas gênée. Si dans les trachéotomies il y a des difficultés, c'est probablement dû à des spasmes provoqués par l'état pathologique.

M. Rabion fait une communication sur un cas de méningite guérie chez un enfant probablement tuberculeux. (Voir p. 206).

M. Blocq. — Je ne vois là, ni mâchonnement, ni trismus, ni convulsions, ni délire, ni strabisme, qui sont des signes habituels de la méningite. En outre, l'évolution fébrile ne me paraît pas en rapport avec le diagnostic méningite tuberculeuse ; une affection quelconque avec fièvre intense, peut donner des symptômes dits cérébraux semblables à ceux observés. L'état tuberculeux du sujet est en outre douteux ; quant à l'influence étiologique d'un voyage, je ne crois pas qu'il faille y attacher de l'importance. En somme, je ne crois pas qu'il s'agisse là d'une méningite tuberculeuse.

M. Monnier. — Je suis de l'avis de M. Blocq ; je ne vois pas là les symptômes d'une méningite.

M. Rabion. Je n'infirme pas qu'il y a là véritablement méningite ; j'ai laissé planer un grand doute, j'ai dit, seulement, qu'il y avait là un état méningitique grave qui a été guéri.

E. Potherat

Digitized by Google

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES
DE PARIS ET DES DÉPARTEMENTS

Société de thérapeutique de Paris (12 mars 1890). — I. *Du danger du sublimé en obstétrique.* — **Société médicale d'Angers** (5 février 1890). — II. *Un cas de congestion rénale intermittente.* — **Société centrale de médecine du Nord** (février 1890). — III. *Développement d'un fibro-sarcome à la suite d'une ligature.*

I. **Du danger du sublimé en obstétrique.** — L'Académie de médecine a terminé le débat sur l'anti-psie par les sages-femmes et voté les conclusions du savant rapport de M. Budin (1). Désormais, à son avis, il y a lieu d'autoriser les sages-femmes à employer le sublimé.

La question est-elle close? Tout le monde le pense; à la Société de thérapeutique on pense autrement.

M. Cazeux signale le cas d'intoxication hydrargyrique d'une accouchée à laquelle on pratiquait des injections de sublimé aux deux millièmes. Il estime que c'est une mésaventure et qu'on est exposé à d'autres erreurs: les uns d'ordre clinique, quand on conserve le sublimé dans des vases métalliques qui réduisent le sel mercuriel; les autres, d'ordre thérapeutique car le sublimé ainsi décomposé n'est plus antiseptique.

MM. Delpech, Labbé, Boymond, Vigier, éprouvent des craintes sérieuses au sujet de la décision académique. Cela s'explique, mais ces craintes ne sont point nouvelles. Ce qui l'est plus, c'est de voir un membre de l'Académie de médecine, M. Constantin Paul, qui, ce semble, n'est point intervenu du haut de la tribune de la rue des Saints-Pères, s'élever contre l'imprudence de laisser aux sages-femmes le soin de colporter un poison aussi violent.

M. Constantin Paul dont les susceptibilités se sont éveillées un peu tard, puisque la discussion académique est close, serait rassuré si « les sages-femmes faisaient constamment elles-mêmes les injections. » — Mais celles-ci, les confieront, ajoute-t-il, à d'autres mains; « une erreur de lieu deviendra fatale. »

C'est vrai: en effet, il y a erreur de lieu. M. Constantin Paul aurait pu et dû formuler ses objections contre le savant rapport de M. Budin, un jour et à l'heure où il siège dans l'assemblée de la rue des Saints-Pères. Cela eût été plus opportun que de communiquer à l'Académie, mesure fort platonique, je pense, et proposée par M. Labbé, l'avis formulé par la Société de thérapeutique.

On est de l'Académie ou bien l'on appartient seulement à la Société de thérapeutique. Cela dépend des goûts, des tendances ou de toute autre cause; mais, laisser faire ici ce que l'on blâme là, en vérité, c'est peut-être habile: en tout cas, ce n'est guère scientifique. L'Académie, espérons-le, oubliera la Société de thérapeutique, passera outre aux objections de M. C. Paul, et maintiendra ses décisions. Voilà, le plus urgent.

II. **Un cas de congestion rénale intermittente.** — L'impaludisme dans ses manifestations a toujours passé pour être bizarre et capricieux. Malgré cette renommée solidement acquise, il n'est pas moins vrai que ses accidents sont parfois de nature à surprendre. Il a fallu à notre distingué confrère, M. Souzo (de Villers-Bretonneux), une grande sagacité clinique pour dépister ceux qui firent l'objet de l'observation suivante:

Un malade de 46 ans brina du sang, dans la soirée du 4 décembre. Le lendemain matin les urines étaient redevenues claires; au soir, à la même heure nouvelle hématurie et douleur rénale. Le 6 décembre, M. Sorel prescrit la quinine; l'hématurie retarde de quelques heures. Le 7 décembre, manifestations fébriles, on continue la quinine, l'accès d'hématurie retarde: 38 heures au lieu de 21, le départ du précédent.

L'accès retarde encore, et se reproduit après 42 heures. Sous l'influence de la quinine, ce retard s'accentue les jours suivants et le 14 décembre la guérison était assurée. Le diagnostic d'impaludisme a été confirmé, par notre savant confrère amiénois, M. Bax. D'ailleurs, il est justifié par d'autres observations analogues dans lesquelles les premiers accès ont lieu sans fièvre et sont caractérisés par de semblables phénomènes, témoin, un cas de la pratique d'Herbet (l'Amiens), ou l'accès de fièvre était précédé d'hématémèse et où la quinine intervint fort heureusement.

La conclusion de M. Sorel est donc légitime et, dans les cas semblables, il faut intervenir hâtivement pour prévenir des accidents pernicieux dont ces hémorrhagies d'origine congestive sont les premiers actes.

III. **Développement d'un fibro-sarcome à la suite d'une ligature.** — Le fait signalé par M. Dubar est instructif au double point de vue de l'emploi des ligatures pour le traitement des fibro-sarcomes et de la pathogénie de ces tumeurs.

La malade portait depuis vingt années une petite tumeur fibro-sarcomateuse de la région temporale gauche. Le diamètre de cette tumeur n'excédait pas deux millimètres, quand en 1886, accidentellement et à la suite d'un arrachement traumatique, cette tumeur atteignit la grosseur d'une bille à jouer. Deux ans après, on pratiqua la ligature; mais l'application du fil de soie amena la formation d'une sorte de bourrelet dont le volume fut bientôt celui d'une orange tout en provoquant la chute de la tumeur primitive.

M. Dubar proposa et pratiqua alors l'extirpation et, malgré les délabrements énormes, réussit à assurer la restauration complète de la paupière. L'opération date de vingt mois, aucune récidive ne s'est produite: bref, c'est un succès pour l'habile chirurgien lillois. A un point de vue plus général, voilà un fait qui démontre le danger d'une intervention incomplète quand il s'agit d'une de ces tumeurs qui par leur nature, méritent légitimement le nom vulgaire de *noli me tangere*. S. R.

(1) Voir: *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique* nos 9 et 10, et un article de notre collaborateur M. Demelin sur le même sujet (no 10 de cette année).

REVUE DES ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

I. *Le tarif des expertises médico-légales et l'Association des médecins de la Gironde.* — II. *Le médecin légiste « désigné »; un nouveau grade médical.*

I. **Le tarif des expertises médico-légales.** — Les propositions de nos distingués confrères bordelais sont les suivantes. Elles diffèrent peu des vœux formulés par d'autres sociétés; néanmoins, les voici à titre de documents:

1o Le prix de la visite ou constatation simple devrait être porté à 10 francs au lieu de 5 francs.

2o Le rapport écrit ne devrait pas être compris dans les frais alloués pour une constatation importante ou une nécroscopie; dans ces cas il devrait être taxé par vacations.

3o Les vacations à titre d'expert devraient être taxées à 8 et 10 francs; la vacation de nuit à 15 francs.

4o Les opérations dites « plus difficiles que la simple visite », examen détaillé de malades ou pansements par exemple, sont à distinguer des nécropsies actuellement rangées sous le même titre. Ces examens ou pansements seraient payés 30 francs.

5o Les nécropsies doivent être divisées, en nécropsies immédiates et en nécropsies retardées; les premières taxées à 20 francs, les secondes à 40 francs.

Il demeure entendu que les examens particuliers et approfondis consécutifs à l'opération même de la nécropsie deviennent œuvre d'expert et sont rémunérés par des vacations à ce titre.

6o Les frais de transport devraient être remboursés au médecin, comme les fournitures qu'il peut avoir à se procurer.

7o L'indemnité de déplacement, distincte des frais de transport, devrait être fixée à un minimum de 10 francs.

Digitized by Google

8° Il est désirable que les formalités exigées pour le règlement des mémoires d'honoraires soient de beaucoup simplifiées, tout en restant suffisamment contrôlées et que le tarif soit unique pour toute la France.

A de faibles différences près ces propositions sont en accord avec celles des autres sociétés.

II. Le médecin légiste désigné. — C'est un titre nouveau, comme une attribution nouvelle dont M. Hirigoyen et ses collègues bordelais sollicitent la création. Il la motive par les nécessités de connaissances spéciales et d'une expérience consommée pour remplacer la mission parfois difficile de médecin légiste. L'argument est légitime ; il a pour conséquence la conclusion suivante que M. Hirigoyen formule en ces termes :

Chacun des Parquets de France aurait auprès de lui un médecin désigné à qui serait confiée l'étude des affaires médico-légales de tout le ressort. Les constatations urgentes ou celles de flagrant délit pourraient naturellement être imposées à tout docteur exerçant dans le lieu où serait commis le crime ou le délit, puis, la première constatation étant établie, le médecin légiste désigné serait chargé des recherches ultérieures.

Une réglementation serait élaborée par les Ministres de la Justice et de l'Instruction publique pour la désignation des médecins légistes, auprès des Parquets qui n'en possèdent pas encore. Ces médecins légistes auraient un diplôme spécial pour l'obtention duquel il y aurait lieu d'établir des conditions de garantie.

C'est une question dont on ne saurait méconnaître la gravité et dont la solution lointaine, vraisemblablement, n'est possible que par un remaniement non seulement de la législation sur l'exercice de la médecine, mais de l'organisation de l'enseignement. Allons, il ne faut douter de rien avec nos confrères bordelais. Ce sont des hommes d'initiative. De là, leur vote. Ils marchent toujours à l'avant-garde du progrès.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

CHIRURGIE

Comment doit-on faire l'antisepsie chirurgicale (1).

Au bout de vingt-quatre heures, le catgut peut servir. Notre collègue Lafoucarde en a préparé, dans le service de M. Le Dentu, qui s'en est souvent servi ; jamais ce catgut n'a donné lieu à des accidents septiques, même employé pour lier le pédicule d'un kyste ovarique. Nous ajouterons une petite remarque que nous n'avons pas trouvée signalée dans l'ouvrage du gynécologiste allemand. A l'inverse des autres catguts, qu'on trempe dans une solution d'acide phénique ou de sublimé avant de s'en servir, celui de Hofmeier paraît mal s'accommoder du séjour même très court dans ces liquides. Très résistant et très souple, tant qu'il séjourne dans l'alcool, le catgut devient friable, cède aux plus faibles tractions, dès qu'on le plonge pendant dix minutes à peine dans une solution antiseptique diluée. Il est donc indispensable de ne le retirer du flacon qui le contient qu'au moment où on va jeter les ligatures sur les vaisseaux sectionnés ou faire les sutures des plans profonds.

Les objets qui doivent servir pendant l'opération à étancher le sang méritent une désinfection bien minutieuse, car, portés sans cesse au contact des parties cruentées, ils y déposeraient sans peine des germes infectieux. On se sert, tantôt de boulettes d'ouate hydrophile trempées pendant un quart d'heure à peu près dans une solution de sublimé au millième, puis exprimées, tantôt d'éponges fines. Celles-ci, assez difficiles à bien préparer, sont cependant d'un usage assez général, car elles absorbent mieux le sang, servent d'agents compressifs pour soutenir les lambeaux, et, d'autre part, lorsqu'on emploie les boulettes, il arrive assez souvent que des brins d'ouate restent dans la plaie, s'accrochent à un os sectionné et leur enlèvement parfois difficile prolonge inutilement l'opération.

MM. Terrier et Vercamer ont indiqué pour la désinfection des éponges un procédé, assez généralement employé dans les hôpitaux. On commence par les battre à l'aide d'un maillet pour les débarrasser des débris calcaires, on les lave ensuite à grande eau et on les exprime. On les plonge alors successivement pendant une heure dans l'acide chlorhydrique à 1 pour 50 et pendant 20 minutes, dans un solution de permanganate de potasse à 5 pour 1000. Après un second lavage à grande eau, les éponges sont blanchies dans une solution de bisulfite de soude à 2 pour 100, additionnée d'un peu d'acide chlorhydrique, lavées dans de l'eau bouillie et conservées dans une solution antiseptique. Il ne faudrait pas croire que la même éponge ne puisse servir deux fois pendant la même opération ; bien que la plupart des chirurgiens, plus prudents, détruisent celles qui ont servi pour des sujets atteints d'affections septiques. Kümmell affirme, d'après ses expériences bactériologiques, qu'il suffit d'un lavage au savon de potasse et à l'eau très chaude, puis d'une immersion pendant une ou deux minutes dans de l'eau chlorée ou dans du sublimé au millième, pour priver complètement dans l'espace de quelques minutes, les éponges sales et même putrides, des germes qu'elles peuvent contenir.

La désinfection du malade et celle du champ opératoire constituent un temps non moins capital de l'antisepsie préventive. Il va sans dire que la région sera préalablement rasée avec grand soin, puis lavée et frottée à plusieurs reprises. Suivant Lister, le nettoyage à l'aide d'un linge rude imbibé d'une solution phéniquée à 5 0/0 suffit dans la plupart des circonstances. Mais il paraît préférable de laver d'abord et de brosser à l'eau chaude, puis de passer à plusieurs reprises sur le champ opératoire une éponge trempée dans une solution de bichlorure de mercure au millième. La région ainsi désinfectée sera, *sans avoir été essuyée à l'aide d'un linge sec*, entourée de compresses antiseptiques, qu'on peut préparer facilement d'après les indications de M. Terrillon. On fait bouillir pendant un quart d'heure des compresses ordinaires dans de l'eau déjà portée à l'ébullition ; on les plonge ensuite pendant une heure dans une solution bouillante de sublimé au millième.

Il est aisé, on le voit, d'obtenir une antisepsie suffisante du champ opératoire, même dans une intervention d'urgence ; mais si on n'est pas pressé, si on peut remettre au lendemain, comme il vaut mieux, dans l'espèce, pécher par excès que par défaut de précautions, il est bon de désinfecter plus complètement le malade.

Voici, d'après Barette, le *modus faciendi* de M. le Dr Trélat : bain alcalin la veille de l'opération, lavage soigneux des poils, lavage de la région au savon et à l'eau chaude, après quoi on l'a, au préalable, soigneusement frottée avec de la glycérine ; on la recouvre ensuite d'un pansement humide phéniqué ou au biiodure de mercure. Une heure avant l'opération, un nouveau et soigneux lavage est fait avec la solution forte de biiodure de mercure.

J'en arrive à la désinfection des mains. C'est par elle que j'aurais dû commencer, car il est bien évident *qu'on ne touchera aux instruments, au malade, aux objets de*

(1) Voir : no 12, p. 108.

Digitized by Google

pansement (1) *[illegible] nettoyées*, d'après le procédé indiqué plus loin. C'est là un détail qui mérite d'autant plus d'être bien mis en relief qu'il est souvent négligé. Vous verrez des chirurgiens qui, sans se douter qu'ils commettent une faute grave, préparent les objets nécessaires à l'opération et aux pansements, sans [illegible] préalablement désinfectés.

(*A suivre*) Dr Rieffel

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

Beaune, 20 mars 1890

Iodure de sodium et iodure de potassium

Loin des luttes intestines et des rivalités, riant de tous ces hochets qui excitent tant notre petit monde médical officiel et tout que chaque coterie ne craint pas de démentir sa voisine pour le plus grand bien de la thérapeutique et des malades, je me plais à lire les appréciations des célébrités et les divers journaux de médecine.

J'en quitte un qui malmène l'iodure de sodium et qui prétend qu'il n'y a plus que l'iodure de potassium, qu'il n'y a d'ailleurs jamais eu que lui. — C'est toujours le « Prenez mon pays ».

Après son petit honiment *pro domo sua*, il termine par cette belle phrase aux modestes praticiens qu'il croit épater : « Aux praticiens seuls à juger la question d'après la clinique ».

Eh bien ! je répondrai : 1° je n'ai jamais fait d'expériences de laboratoire ; 2° je n'ai jamais expérimenté *in animâ vili* ; 3° mais, *clinica me juvat* ou *delectat* ; j'ai fait beaucoup d'ordonnances pour des malades cardiaques et artériels.

Au nom de la clinique, je me permettrai donc de dire qu'il ne faut pas confondre l'iodure de sodium et l'iodure de potassium.

L'iodure de sodium est un médicament surtout artériel, cardiaque secondairement.

L'iodure de potassium est un médicament surtout cardiaque, artériel secondairement.

Je crois qu'il y a là une distinction suffisament tranchée pour le clinicien.

Un exemple expliquera bien ma pensée.

Vous avez un artério-scléreux athéromateux ou viscéral, donnez l'iodure de sodium.

Cet artério-scléreux devient cardiopathe, donnez encore l'iodure de sodium et si le cœur profite des bienfaits du traitement ce sera secondairement, car le cœur n'est devenu malade que parce que son système vasculaire et nourricier l'est déjà.

Voilà aussi pourquoi dans l'angor pectoris d'origine artério-scléreuse, l'iodure de sodium est le médicament d'élection.

Vous avez un cardiopathe valvaire, c'est-à-dire un cardiaque qui commence par les valvules pour finir au cœur et aux vaisseaux ; vous avez des cavités droites, dilatées, consécutivement à l'emphysème, la bronchite, l'asthme, à une hypertrophie excentrique, à un cœur surmené, à un muscle affaibli, donnez l'iodure de potassium. Il relèvera l'énergie et la contractilité du cœur en même temps qu'il augmentera la tension artérielle (hypertension) et si l'iodure de potassium devient hypotenseur, ce ne sera que secondairement et en augmentant les doses. D'où cette réserve clinique, qu'il ne faut pas administrer l'iodure de potassium à un cardiaque dont les artères ne sont pas lésées ou assez peu pour ne pas souffrir de l'hypertension potassique.

Ces deux médicaments me paraissent donc également utiles à la thérapeutique cardio-vasculaire mais à la condition que chacun d'eux sera *thérapeutiquement* employé, c'est-à-dire que l'un ne sera pas donné pour l'autre.

Dr Sirot,
Médecin de l'Hôtel-Dieu de Beaune.

(1) Les objets de pansements doivent être également préparés avant de commencer l'opération ; nous n'en dirons cependant rien pour le moment.

RECUEIL DE FAITS

Cas de méningite guérie chez un enfant probablement tuberculeux (1)

par M. le Dr Rabion.

Le 11 juin dernier, je fus appelé tard près d'une enfant de 28 mois. Elle était malade depuis deux jours, les parents lui avaient administré tout d'abord un purgatif qui n'avait produit aucun résultat ; dès le début, l'enfant grognon refusait de manger, et quelques heures avant mon arrivée, avait été prise de frissons, de fièvre et de vomissements alimentaires et bilieux. Croyant à un embarras gastrique, je fis administrer quelques cuillerées de sirop d'ipéca, qui, du reste, déterminèrent un vomissement très abondant de matières bilieuses.

Le lendemain matin, je trouvais l'enfant sans connaissance, portant instantanément ses mains à la tête et poussant des cris inarticulés. La température était de 39°, le pouls incomptable ; il n'y avait pas eu de selles depuis l'avant-veille. Je fis appliquer des sinapismes aux jambes et prescrivis 20 centigrammes de calomel en six paquets, à prendre d'heure en heure. Le soir, la fièvre était toujours très forte (39,4,) le calomel, administré régulièrement, avait été immédiatement vomi ; je fis donner du lavement au miel de mercuriale, qui amena une selle légère ; je prescrivis une nouvelle application de sinapismes aux membres inférieurs et l'administration de boissons froides.

Le 13, la petite malade était toujours sans connaissance, la température à 38, 8, le pouls petit, misérable ; le regard était vague ; les pupilles rétrécies, il y avait de la photophobie, enfin, et presque sans arrêt, l'enfant poussait de véritables cris hydrocéphaliques.

En présence de la résistance des parents qui, se refusaient à lui faire couper les cheveux, j'appliquai à la nuque deux vésicatoires qui déterminèrent de très gros phlyctènes.

Le soir, cependant, la température était à 39°, il y avait peu d'amélioration ; les vomissements, il est vrai, avaient cessé, mais la constipation persistait ; le ventre, plutôt rétracté, était douloureux.

La perte de connaissance était toujours complète ; l'enfant avait de la contracture des muscles de la nuque, tordait constamment ses membres sur lesquels la raie

(1) *Société médico-pratique*, 24 février 1890.

Digitized by Google

méningitique était très apparente et augmentait ses cris au moindre mouvement communiqué.

J'essayai alors la révulsion à distance; deux vésicatoires furent appliqués à la partie inférieure et interne des cuisses; lavement à l'huile de ricin, boissons alcoolisées.

Le 14, le regard était moins vague, les cris moins fréquents, le pouls à 120, la température à 38° 8, les vésicatoires, tant de la nuque que des cuisses, avaient déterminé une suppuration très abondante.

Le soir, l'enfant paraissait beaucoup mieux pour la première fois depuis 5 jours, elle avait dormi 5 heures d'un sommeil calme. A partir de ce moment, l'amélioration se manifestait de plus en plus franchement, et le 21, douze jours après le début des accidents, l'enfant pouvait être considérée comme guérie.

Voici maintenant les renseignements que je pus avoir sur les antécédents héréditaires et fonctionnels de cette petite malade.

La grand'mère maternelle était morte à trente ans phtisique; sa mère, pâle, blonde, chloro-anémique, l'avait eue à 16 ans après un travail de quatre jours; son père, très grand, très maigre, avait eu de fréquentes bronchites et une tumeur blanche au genou droit; enfin l'enfant élevée à la campagne après son sevrage, c'est-à-dire, dès l'âge de 13 mois, avait constamment toussé; l'huile de foie de morue prescrite par le médecin, et peu tolérée par la malade, avait été remplacée par le lacto-phosphate de chaux: enfin cette enfant âgée de 28 mois, ne marchait pas, ne parlait pas davantage et avait entièrement les signes du rachitisme le plus complet.

Quelle a été la cause de cette crise méningitique? Probablement le voyage qu'elle avait fait deux jours auparavant; en effet, malgré la défense du médecin, l'enfant avait été transportée de Douai à Paris; le voyage avait été effectué la nuit, et l'enfant, à son arrivée ne paraissait nullement fatiguée, au dire des parents.

Je dois de plus ajouter qu'à aucun moment de sa maladie on n'avait constaté la présence dans les selles d'ascarides, ni d'oxyures.

En présence d'accidents d'ordre assurément méningitique, à quelle forme de méningite avons-nous eu affaire?

Est-ce à une méningite aiguë vraie? Mais alors la durée de la maladie eût été plus grande, la fièvre plus forte et les accidents convulsifs plus graves.

Est-ce à une méningite tuberculeuse? Assurément, l'état général de l'enfant, ses antécédents héréditaires et l'ensemble des symptômes feraient pencher d'avantage vers ce diagnostic, mais on a toujours considéré cette maladie comme incurable, et je n'oserais pas en pareil cas être aussi affirmatif que notre excellent confrère, M. le Dr Blanquinque (de Laon) qui, précisément à l'époque où je prenais des notes sur le cas qui nous occupe, publiait une série d'observations de méningite tuberculeuse à terminaison heureuse. On remarque souvent chez les personnes atteintes de diathèses des poussées congestives tantôt vers un organe, tantôt vers un autre. N'est-ce pas un cas semblable auquel j'ai eu affaire? N'y a-t-il pas eu du côté des méninges de l'enfant une congestion suffisante pour donner lieu à des accidents graves mais sur laquelle le traitement par les révulsifs a déterminé une diversion heureuse.

Je n'ai pu avoir des nouvelles de cette enfant que deux mois après; il n'y avait rien eu du côté du cerveau, mais la toux était revenue et l'état général ne s'était pas modifié. Le pronostic est donc réservé; l'enfant étant toujours sous le coup d'une invasion tuberculeuse ou d'une nouvelle congestion méningée.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

CHIRURGIE

I. De l'antisepsie de l'allaitement artificiel. — 1° Exiger comme le demande M. Brunon (de Rouen) que la mère dispose de plusieurs biberons.

2° Après chaque tétée, démonter le biberon, laver la bouteille avec une eau alcaline très chaude, écouvillonner avec soin les tubes de verre et de caoutchouc et nettoyer avec une brosse rude et dans l'eau bouillante la tétine et les pièces intermédiaires.

3° Immédiatement après immersion de ces diverses pièces de l'instrument dans l'eau bouillante où elles séjourneront jusqu'au moment de les employer. De là, l'utilité de plusieurs biberons dont on alternera l'usage.

II. Comment doit-on traiter les gerçures du mamelon? — Ce traitement est préventif ou curatif.

A. Traitement préventif. — 1° Soins de propreté extrême. Après chaque tétée, enlever minutieusement les moindres caillots de lait.

2° Lotionner ensuite avec l'eau boriquée à 3 pour cent. M. Berckmann conseille de recouvrir ensuite le mamelon d'une rondelle de baudruche, mesurant de huit à dix centimètres de diamètre et préalablement percée d'un trou. Cette rondelle adhère fortement à la peau et, avant de mettre l'enfant au sein, doit être humectée d'eau sucrée.

Ce pansement est renouvelé après chaque tétée.

3° Si l'auréole est sensible, onctions avec la pommade suivante:

Carbonate de zinc	5 gr.
Glycérine	4 gr.
Vaseline	25

Ou bien avec un glycérolé de tanin tel que le suivant:

Tanin	35 gr.
Glycérine	50 gr.
Eau de roses	20 gr.

B. Traitement curatif. — On combinera l'action des substitutifs avec celle d'un topique à la fois sédatif et protecteur.

Voici une pratique recommandable:

1° Cautérisations de la fissure avec le crayon de nitrate d'argent.

2° Immédiatement après, badigeonnage avec le collodion cocaïné:

Collodion	20 gr.
Ether	8 gr.
Hydrochlorate de cocaïne	0,20 centigr.

Ou bien, avec le collodion antiseptique au salol:

Salol	2 gr.
Ether	4 gr.
Hydrochlorate de cocaïne	0,15 centigr.
Collodion	25 gr.

Ch. Eloy.

INFORMATIONS

PARIS

La population scolaire de la Faculté de Paris. — Le 15 octobre 1889, d'après le rapport du doyen il existait 3,394

Digitized by Google

étudiants en cours d'étude ; 3,773 étaient du sexe masculin ; 121 du sexe féminin et, dans ce total, on comptait 729 étudiants étrangers de l'un ou l'autre sexe.

NOUVELLES MILITAIRES

Inspection du service de santé en 1890. — *Armée active* : MM. les médecins-inspecteurs ci-après, ont été désignés pour procéder en 1890 à l'inspection générale du service de santé :

Gouvernement militaire de Paris (moins les divisions des 3e, 4e et 5e corps d'armée) et Ecoles du service de santé : M. Colin ;

17e et 18e corps d'armée, et divisions des 3e, 4e et 5e corps d'armée stationnées dans le gouvernement militaire de Paris : M. Baudoin ;

5e et 9e corps d'armée : M. Gaujot ;

7e, 8e et 13e corps d'armée ; M. Weber ;

4e, 6e et 11e corps d'armée : M. Dauvé ;

1er, 2e, 3e et 10e corps d'armée : M. Arnould ;

12e et 14e corps d'armée : M. Vallin ;

15e et 16e corps d'armée : M. Papillon ;

19e corps d'armée et brigade d'occupation de Tunisie : M. Aron.

Appel des médecins de réserve en 1890. — *Instructions sur l'emploi du temps* — Voici en résumé le programme des instructions adressées aux médecins de l'armée active désignés pour remplir le rôle d'instructeurs pendant la période d'appel. Ces instructions que l'on nous communique diffèrent, nous informe-t-on, de celles qui ont été publiées par certains de nos confrères de la presse médicale :

1er jour : arrivée. — 7e jour : repos du dimanche. — 12e jour : départ. Il reste 10 jours pour l'instruction.

Pendant les six premiers jours, visites régimentaires ; du 9e au 12e jour, visites à l'hôpital.

2e et 3e jours : fonctionnement du service dans le corps de troupes à l'intérieur ; matériel d'infirmerie ; recrutement ; incorporation ; vaccination ; cuisine ; denrées ; eau ; certificats ; manœuvres de brancardiers.

4e et 5e jours : fonctionnement du service en campagne ; hygiène des troupes en marche ; matériel de campagne ; hygiène des camps ; poste de secours ; brancardiers.

6e et 8e jours : fonctionnement du service d'hôpital en temps de paix.

9e 10e jours : Service de santé en campagne ; ambulances ; hôpitaux de campagne ; trains sanitaires ; infirmeries de gare ; convention de Genève ; tentes, baraques, appareils de transport des blessés ; matériel.

Nominations dans le corps de santé militaire. — Par décision du 17 mars, ont été réintégrés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale : *Les médecins-majors de 2e classe.*

Jousset, Apostoli, Chevrier, Moser, Oub, Petitgrand, Cauchois, Hélot, Demange, Chandelux, Gobrat, Mollière, Vinay, Méliason, Lasalle, Huguet, Maisonnave, Chatin, Rabot.

Les médecins aides-majors de 1re classe. — Cauchy, Carpentier, Descamps (A). Descamps (L.), Dubron, Huart, Joly, Ménard, Hurpy, Taurin, Ansaloni, Charpentier, Demandre, Le Bail, Papillon, Carion, Guérin, Guillaume, Leclerc, Reibel, Jourdan du Mazot, Lériche, Regnault, Sirot, Payan, Linarès, Bernard, Bineau, Franceuz, Rebatel, Robert, Dubuisson, Kœnig, Beaucèle Descomps, Gaillard, Garipuy, Guionnet, Massine, Vals, Darrezo, Fontan, Guillon, Moure, Pomès, Ficheux, Lartigien, Ory, Putel, Richard, Serrand, Boudrie, Alirol, Armaignac, Bardy, Condou, Conord, De Beaurepère, Delille, Demay, Devaroix, Doxillez, Grosclaude, Leboucher, Legallois, Meizquer, Nargaud Persillon, Piérin, Rigodon, Roux, Simon, Viaud, Dartigues, Fauny, Martin, Mérijot, Carrier, Chénieux, Lagrange, Hébert de la Ronsellière, Simon, Gaïral, Grollemund, Motais, Gornard.

Les médecins aides-majors de 2e classe. — Hyvert, Maymou, Guillaumin, Rondeau, Jourdan, Remi, Gautier, Baratier, Blanché-Bougon, Percheron, Châtelin, Vernier, Duverger, Alliod, Bütterlin, Ledoux, Delacourt, Fabre, Calvet, Bouyer, Célice, Devezeaux de Lavergne, Ferreau, Grellety-Bosviel, Guillemot, Levère, Mathieu, Rioms, Blau, Bourgeot, Roux, Monnier, Barbaux, Chabalier, Herbert, Huges, Millet, Pinguet, Hauquelin, Joly, Paget, Patel, Rambaud, Reynaud, Violet, Mourgue, Franciel, Mauquié, Tachard, Vinsonneau, Besson, Arnaudet, Charayron, Crosnier, Hirtz, Rubé, Clément, Nicolle, Roche, Borianne, Coyteux-Duportal, Jary, Lagrange, Chaillou, Crezé, Clénet, Pouroy, Jomard, Gaillardon, Jablonski, Colas, Buvelot, Laydeker, Simon, Meillet Héliot, Pissot, Lorey, Mansuy, Pageot, Galtier, Horeau, Lelièvre, Petit, Blasart, Loranchet, Régaud, Nouët, Cordier, Lavallée, Boudarel, Ducastel, Compin, Lebel, Rey, Guinaud, Vétault, Costes, Chevalier, Denis, Dupuy, Monjou, Schwartz, Verron, Chesnel, Gaillard de la Roche, Lange, Bordenave, Lafaye, Janicot.

Ecole d'application du service de santé militaire. — *Concours pour le professorat.* — Sur l'avis du Comité technique de santé, le ministre a établi de nouveaux programmes pour les concours aux emplois de professeurs agrégés à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires, et de répétiteur à l'Ecole du service de santé militaire.

Ces programmes, qui remplacent ceux des 6 avril 1878 et 26 décembre 1888, sont insérés au *Bulletin officiel du ministère de la guerre*, numéro 11 de la partie règlementaire de 1890.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Dr *Garnier-Mouton*, médecin-major de première classe, à Rouen et *Massera* (de Nice).

En Italie : M. le Dr M. *Turchi*, professeur d'hygiène à la Faculté de Naples.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

Clinique médicale

Asby (H). Sur quelques points de la pathologie de la paralysie infantile durant les deux premières années de la vie (*The Brit. Med. Journal*, 8 février 1890).

Mansel et Sympson. Deux cas de paralysie congéniale et de paralysie infantile de cause cérébrale (*The Brit. med. Journal*, 8 février 1890).

Maugnat et Grasset. Un cas de paralysie alterne de l'oculo-moteur commun avec aphasie d'origine traumatique (*Progrès méd.*, 8 février 1890).

Reuss. L'influenza (*Annales d'hygiène publique*, février 1890).

Squire. (W). De la paralysie chez les jeunes enfants (*The Brit. med. Journal*, 8 février 1890).

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

Lechopié et Floquet. — Droit médical et code des médecins, docteurs, officiers de santé, sages-femmes, pharmaciens, vétérinaires, étudiants, etc. Un volume in-12 de 530 pages. Prix : 6 francs. (Paris, 1890. O. Doin.)

Le Directeur-Gérant, Henri Huchard.

Paris — Imprimerie Décembre, 326, rue de Vaugirard.

Digitized by Google

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD. — RÉDACTEUR en CHEF : M. Charles ÉLOY

COMITÉ de RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINDROT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ.

REVUE GÉNÉRALE

OTOLOGIE

Des différentes méthodes d'exploration de la fonction auditive

Tandis que, pour l'organe visuel, la lumière est le seul élément capable de lui transmettre des impressions ; pour l'organe central de l'audition, non seulement l'air mais aussi les parties dures périphériques sont susceptibles d'apporter la perception des sons. Si donc l'ophtalmologiste ne peut qu'interroger des sensations fournies par des ondes lumineuses, l'auriste s'adresse à des impressions données et par des ondes sonores de l'air, et par des vibrations du squelette ambiant.

Mais si le champ des phénomènes subjectifs est plus vaste pour l'étude de l'ouïe, celui des signes objectifs est en échange beaucoup plus restreint.

En effet, à l'aide de l'ophtalmoscope on étudie directement l'appareil central de la vision lui même ; au contraire le centre auditif sensoriel échappe presque entierement à toute observation directe, car l'otoscope ne donne de notion que sur l'appareil de réception.

Quelle est la réalisation pratique de cette étude subjective de la fonction auditive ? Tel est le sujet limité que nous nous sommes proposé d'étudier, en entrant dans tous les détails réellement pratiques. On en comprend toute l'importance pour le diagnostic des affections qui n'ont aucune manifestation extérieure. Nous exposerons successivement les procédés d'étude, basés sur la transmission par l'air et par le crâne, et nous terminerons en disant quelques mots sur l'exploration du nerf auditif au moyen de courants électriques.

A. Transmission par les vibrations de l'air. — Les premiers moyens constituent la série des acoumètres, à savoir, parmi les plus usités, la voix, la montre, le diapason. En règle générale il faut soustraire le corps sonore à la vue du malade : la vue de la montre ou du diapason qui se raproche ou s'éloigne, la facilité de lire sur les lèvres de l'expérimentateur qui cherche à se faire entendre, sont autant de causes d'erreur, même de la part du malade le mieux intentionné, à plus forte raison pour des enfants ou des sujets bornés. Première règle importante et facile à suivre, puisqu'il suffit d'appliquer un bandeau sur les yeux du patient, ou de les lui fermer avec la main pendant la durée de l'exploration.

Une autre erreur pourrait être commise si l'on ne bouchait hermétiquement l'oreille qui n'est pas explorée, soit avec le doigt mouillé, soit avec un tampon. Deuxième règle à ne pas oublier.

Enfin, quel que soit l'acoumètre employé, il est à peine besoin de dire, que la faculté auditive doit toujours être étudiée successivement à droite et à gauche ; si l'un des côtés est sain, commencer de préférence par celui-là. Il faut de plus, dans cette comparaison, avoir soin de se mettre des deux côtés très exactement, dans des conditions identiques de distance, de hauteur, de son ; il faut se souvenir que cette fonction, comme toutes les autres, peut présenter quelques variations avec l'état physiologique du sujet : l'acuité sensorielle peut ne pas être la même avant et après le repas, le matin ou dans la journée, après le repos ou l'exercice, etc.

Telles sont les règles générales à appliquer dans toute exploration de cette fonction auditive.

Voyons à présent les différentes méthodes.

I. *Examen par la montre.* — Si l'on se sert d'une montre, il est préférable de la tenir d'abord à la distance de la portée normale, ou plus loin, et de la rapprocher graduellement, jusqu'à ce que le malade perçoive nettement le tic-tac. Le procédé qui consiste à appliquer d'abord la montre contre l'oreille et à l'éloigner ensuite est souvent trompeur, car l'oreille, gardant le souvenir de l'impression reçue, accuse une sensation auditive prolongée. Il est également prudent de ne pas s'en rapporter au premier signe du malade ; il vaut mieux laisser un instant la montre à la distance où il a accusé une première perception du son et de s'assurer si cette perception persiste. Cette distance, une fois déterminée, devra être appréciée comparativement par un ruban métrique ; or le rapport entre la distance de perception du côté malade et celle du côté sain est ce qu'on appelle *l'acuité auditive*.

II. *Examen par le diapason.* — Celui-ci peut être employé exactement comme la montre, mais il offre sur elle deux avantages : d'abord celui de répondre à un son d'une hauteur connue, pouvant être déterminée par toutes les expériences.

Puis, comme son intensité va en diminuant graduellement, au lieu de chercher à quelle distance ses vibrations commencent à être perçues, on détermine le nombre de secondes pendant lesquelles, à une distance fixe et déterminée, le son est encore entendu. La méthode du diapason est donc beaucoup plus scientifique.

On a également inventé toute une série d'acoumètres spéciaux : verges vibrantes de Konig, sir-

Digitized by Google

flet de Galton, audiomètres et sonomètres dont quelques-uns ont, en plus, pour but, de mesurer les limites extrêmes de l'audition pour les sons très aigus ou graves. Ils apprécient plus spécialement la sensibilité sensorielle à la hauteur du son.

Mais nous négligerons volontairement cette recherche, n'ayant en vue que l'exploration du son au point de vue de l'acuité et non de l'étendue.

(*à suivre*) ARNOULD

Interne des Hôpitaux de Paris

ÉPIDÉMIOLOGIE

L'épidémie de dengue de Smyrne

Par M. le Dr JOVANOF (de Smyrne)

Comme n'importe quelle autre maladie, la dengue possède ses symptômes précurseurs. Ici, à Smyrne, on les a constatés. Un malaise général, l'inappétence, le mal de tête, les nausées, les vomissements et les frissons étaient généralement de règle, mais la plupart du temps, ou bien ces prodromes manquaient complètement et l'affection débutait d'emblée, ou bien quelques-uns seulement faisaient défaut et la fièvre commençait, en sorte que notre dengue, dès son apparition, se manifesta par ses caprices et ses irrégularités.

La maladie une fois établie, on voyait les malades en proie à une fièvre brûlante de 41 degrés centigrades, avec tout l'appareil des phénomènes que cette hyperthermie leur causait et à juste titre, ce qui inquiétait à la fois et le médecin et l'entourage du malade, jusqu'à ce que l'apparition de l'éruption vînt calmer toutes les craintes.

D'autres fois au contraire, presque sans fièvre, seulement avec quelques signes précurseurs, les patients voyaient apparaître le signe dominateur de l'affection, l'éruption caractéristique avec laquelle tout rentrait dans l'ordre. Je dis caractéristique, quoique ce ne soit pas le mot propre, car, l'éruption n'était pas toujours la même chez tous les individus et changeait souvent d'aspect; tantôt elle avait la forme d'éruption scarlatiforme ou rubéoliforme, ou érysipélateuse, tantôt elle affectait une forme tout à fait particulière en se manifestant par des boutons rouges, espacés et répandus sur toute la surface du corps. Il est à remarquer que l'élément douleur n'était pas rayé du cadre nosologique de la maladie une fois confirmée, et qu'aucune partie de la surface du corps, sans en exclure les muqueuses, n'en était exempte. De plus, il faut bien avouer que l'élément douleur imposait son tribut presque à tous les malades, chez les uns avec modération, chez les autres avec rigueur. Après avoir examiné les deux principaux stades de la maladie, je crois qu'il ne faut pas passer sous silence le troisième qui est la convalescence; dernière étape de la dengue. Eh bien! ici encore, tous les caprices et toutes les irrégularités possibles. Si certains malades revalaient très facilement à la santé, d'autres traînaient pendant longtemps et même durant des mois entiers.

Après cet aperçu sur la symptomatologie anormale de la dengue, ou pour mieux dire sur la polymorphie de cette maladie, il est temps de porter notre attention sur les cas rares.

Mes observations sont relatives, les unes aux complications, les autres aux suites de la maladie.

I. *Complications.* — Les plus fréquentes étaient les hémorrhagies, hémoptisies, hématémèses, épistaxis. Elles se présentaient successivement et quelquefois devenaient très graves. Les métrorrhagies étaient loin de faire défaut, et plusieurs fois j'ai été surpris de voir des femmes, dont les règles avaient cessé depuis longtemps à cause de leur âge avancé, sujettes à une métrorrhagie inquiétante. Le vagin jouait un rôle important dans ces complications, car, chez bon nombre de femmes, j'ai observé un écoulement d'une fétidité extraordinaire, d'une odeur particulière et caractéristique. Les douleurs testiculaires, l'embarras de la parole, le délire, la toux sans localisation du côté des bronches ou des poumons, la diarrhée alternant avec la constipation, les borborygmes s'ajoutaient encore au triste cortège des complications. De même aussi des adénites.

Un jour, et c'était au commencement de l'épidémie, on m'appelle, en toute hâte, chez un de mes clients, pour une de ses filles, âgée de 17 ans. Au premier aspect, je n'hésite pas à diagnostiquer une méningite cérébro-spinale. En examinant minutieusement la malade, je constate en effet de l'opisthotonos, un léger strabisme, un mal de tête très intense et une fièvre de 39 degrés centigrades. L'intelligence est nette, les renseignements ne m'éclaircissent pas beaucoup. Tout à coup, après une légère indisposition de deux jours, ces symptômes avaient éclaté le jour même de ma première visite.

Même état le lendemain et les deux autres jours suivants, c'est-à-dire pendant quatre jours consécutifs. Le cinquième les phénomènes graves avaient disparu; ma malade ne ressentait plus qu'une fièvre très modérée de 38 degrés, les maux de tête avaient cessé ainsi que l'opisthotonos, la malade se plaignait seulement de picotements; je constate avec surprise une éruption caractéristique de dengue. Je dus changer mon diagnostic ainsi que mon pronostic sur l'état de la malade.

Après un intervalle de quatre à cinq jours de pleine convalescence, je vois de nouveau la scène changer, la malade se trouve de rechef en proie à une fièvre intense et continue pendant cinquante jours. Cette dernière métamorphose marquait la fin de toutes les péripeties qui avaient signalé la marche irrégulière de cette maladie: elle guérit malgré la malignité et la ténacité reconnue de notre épidémie.

II. *Suites.* — La dengue une fois en cours n'entendait pas prendre congé de ses victimes; elle laissait maints troubles après elle: l'inappétence, le dégoût, l'affaiblissement des fonctions digestives, la paresse des organes génitaux chez les hommes, le trouble de la vue, de l'ouïe et de l'odorat, de la lenteur intellectuelle ou de la difficulté de compréhension, de l'insomnie, et en général le brisement des forces.

La chute des cheveux et des poils de la barbe entraînait aussi dans le cadre de toutes les conséquences fâcheuses. Mais laissons de côté l'énumération des phénomènes que présentait cette maladie après sa disparition et attachons-nous à des observations plus exceptionnelles.

Dans une famille composée de huit personnes et dont tous les membres étaient atteints de la dengue, une jeune fille de 14 ans, se vit quelques jours après le début de la maladie, en proie à une fièvre qui dura

Digitized by Google

deux mois, avec tous les symptômes, très prononcés, d'une fièvre rémittente. Inutile de dire que durant cet intervalle de temps, la fièvre a présenté toutes les oscillations possibles d'une température variant de 41 degrés jusqu'à la température normale.

Après cette hyperthermie ma malade n'entra en voie de guérison qu'après avoir eu une phlegmatia alba dolens, qui se déclara vers le déclin de la maladie et la tourmenta pendant trois mois.

Un second cas, analogue au précédent, est celui de la sœur aînée de cette jeune fille. Après la dengue, elle éprouva toutes les phases d'une fièvre continue grave qui a duré cinquante-cinq jours.

Comme troisième cas tout-à-fait semblable aux deux autres, je citerai un jeune garçon de 17 ans, qui à peine en convalescence de la dengue, éprouva aussi une fièvre grave pendant deux mois et demi. Enfin un quatrième cas concerne une femme âgée de 50 ans, mère de plusieurs enfants ; l'éruption consistait en boutons rouges sur tout le corps ; elle fut atteinte ensuite de phlegmatia alba qui ne dura pas moins de quatre mois.

J'ai eu à remarquer encore plusieurs autres cas semblables. Voici un autre exemple qui montre la mobilité d'aspect de cette maladie.

Un homme de 40 ans est atteint de la dengue ; après quelques jours, l'éruption survient et il entre en convalescence. Il commence à vaquer à ses affaires, quand pourtant, une dizaine de jours après la disparition de la dengue, sans une cause appréciable, il doit garder le lit, et est durant trente à quarante jours, atteint de paraplégie.

Je crois donc être dans le vrai, en déclarant que la dengue de notre pays était polymorphe, et en concluant que :

1° La dengue est une maladie d'un genre épidémique tout à fait particulier ;

2° Elle est probablement l'effet d'un microbe spécial attaquant de préférence l'ensemble du système nerveux ;

3° Ce microbe est l'origine d'une infection dont les conséquences sont d'une intoxication hétéroctone et aussi autoctone.

LE DIAGNOSTIC DES MALADIES

REVUE BI-MENSUELLE DES CLINIQUES

CHIRURGIE

Angleterre. — M. E. Roughton : — I. *De l'obstruction des fosses nasales.* — II. M. F. Semon : *De l'empyème du sinus maxillaire.* — III. M. W. Trèves : *Diagnostic et traitement des ganglions scrofuleux.*

I. De l'obstruction des fosses nasales. — Les travaux récents ont mis en lumière l'importance du fonctionnement régulier des fosses nasales. Un grand nombre d'affections qui, au premier abord, semblent n'avoir aucun rapport avec leur obstruction, sont cependant sous sa dépendance. Il importe donc de la bien connaître pour éviter les erreurs de diagnostic.

M. E. Roughton insiste surtout sur la coexistence, chez les enfants, des terreurs nocturnes avec l'obstruction des fosses nasales. C'est là un fait important ; il se retrouve, du reste, pour les tumeurs adénoïdes qui, comme l'obstruction nasale, diminuent ou suppriment la respiration nasale. On sait que des altérations du timbre de la voix sont aussi sous la dépendance d'une obstruction du nez. En est-il quelquefois de même pour le bégaiement ? On l'a dit, mais cette opinion manque de preuves suffisantes.

L'obstruction des fosses nasales entraîne souvent la perte de l'odorat et du goût, la sécheresse du nez, une sensation de pesanteur ou de douleur dans cet organe. Enfin, on a signalé des accès de toux spasmodique chez les malades à narines obstruées, et on sait que l'asthme n'est pas rare chez eux.

L'obstruction d'une ou des deux fosses nasales est souvent produite par la turgescence du cornet inférieur, comme cela arrive, par exemple, dans le coryza. Dans le coryza ordinaire, l'affection n'est que temporaire, mais, si la maladie se renouvelle la turgescence du cornet devient permanente. Il arrive alors souvent que, pendant le jour, le malade étant dans la station debout, le cornet est plus ou moins vide de sang. Par suite, la respiration nasale se fait bien. Mais, dès que le malade est couché, il n'en est plus de même. En effet, s'il se couche sur le dos, la queue des deux cornets se gonfle au point d'obturer l'orifice postérieur des fosses nasales. Si le malade se met sur le côté, la respiration se fait facilement par la narine du côté opposé, mais elle est impossible du côté correspondant à celui sur lequel le malade repose.

Dans le coryza ordinaire, on soulage considérablement le malade en touchant le cornet inférieur avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 10 0/0, d'après Broughton. On peut, je crois, aller sans inconvénient à 20 0/0. La narine qui était obstruée avant cet attouchement devient libre au bout de quelques instants et reste en cet état pendant deux heures environ. Quand la tuméfaction est devenue chronique, il vaut mieux, après anesthésie des parties avec la cocaïne cautériser le cornet avec le galvano-cautère qu'on enfonce dans la muqueuse nasale, à une profondeur d'un demi-centimètre, lorsque l'hypertrophie est très considérable.

Souvent on trouve la muqueuse qui recouvre les cornets épaissie et hypertrophiée. Cette lésion est plus marquée sur la queue du cornet inférieur. Elle se distingue de la turgescence simple en ce que la muqueuse est plus résistante quand on la touche avec un stylet et en ce que la cocaïne n'a pas d'effet sur elle. Dans ce cas, il vaut mieux avoir recours, pour enlever les parties malades, au serre-nœud ou à l'anse galvanique.

L'obstruction des fosses nasales provient souvent de la cloison qui est déviée. La déviation peut être congénitale ou acquise. Il est bien rare de rencontrer une cloison absolument verticale. La déviation peut être limitée au cartilage triangulaire, ou bien elle peut siéger aussi sur la portion osseuse de la cloison. Cependant, il est très rare de voir dévier le bord postérieur de celle-ci. Quelquefois la déviation est si considérable que la cloison peut être tangente à la paroi externe des fosses nasales. Chez d'autres malades, la cloison prend la forme d'un S, de telle sorte que les deux fosses nasales sont obstruées. Dans le cas de déviation congénitale, on trouve souvent, dans la convexité de la tumeur, du tissu osseux ou cartilagineux.

M. Broughton regarde comme difficile le traitement des déviations de la cloison. Il pense que le mieux est d'établir un passage suffisamment large en diminuant le calibre du cornet inférieur du côté malade. Il ne s'attaque à la cloison elle-même que s'il échoue. Je crois que c'est là une mauvaise pratique. En effet, quand la déviation de la cloison est considérable, le cornet correspondant à la convexité de la tumeur du septum est plus ou moins atrophié. On ne peut donc s'attaquer à lui. Mieux vaut détruire la cloison, soit en en sciant une partie, soit en la détrui-

Digitized by Google

sant, dans une certaine étendue, par la galvano-caustique chimique.

II. **De l'empyème du sinus maxillaire.** — Dans la grande majorité des cas, d'après M. Semon, l'empyème du sinus maxillaire est une affection secondaire. La maladie a son point de départ dans le nez ou les dents. Cependant, dans quelques cas rares, il se peut que la maladie débute dans le sinus lui-même. Toutes les affections inflammatoires qui se développent, soit sur la muqueuse nasale, soit sur le périoste des dents ou des alvéoles peuvent déterminer la suppuration du sinus. Pour Semon, dans l'immense majorité des cas, l'empyème du sinus maxillaire reconnait pour cause une maladie du périoste dentaire.

Bayet (de Bruxelles) a attiré l'attention sur la fréquence de la coexistence des polypes du nez avec le catarrhe purulent du sinus maxillaire. Comme causes exceptionnelle de cette dernière affection, on peut citer la section du nerf sous-orbitaire par la méthode de Malgaigne et l'enfoncement des racines d'une dent dans le sinus pendant des tentatives brutales d'extraction.

Pour le diagnostic, on peut diviser les malades en deux classes : 1° les uns ne présentent aucun écoulement par le nez ; 2° chez les autres, on ne peut, pour une cause quelconque, découvrir l'orifice de sortie du pus. Dans la majorité des cas où l'orifice nasal du sinus n'est pas obstrué, la maladie est caractérisée par l'écoulement intermittent du pus par une narine, symptôme pathognomonique. La périodicité de l'écoulement est en rapport avec certaines positions de la tête du malade. Si on considère la situation de l'orifice nasal du sinus, on voit que le pus ne peut être expulsé que lorsque le sinus est presque rempli de liquide purulent ou que si le malade prend certaines positions, par exemple lorsqu'il est couché sur le côté sain ou quand il se penche en avant, quand il écrit. On observe fréquemment, dans l'empyème du sinus maxillaire, des maux de tête, de la dépression de l'intelligence et une altération générale de la santé.

Avec un bon éclairage et un spéculum approprié, on peut voir le pus s'écouler par l'orifice nasal du sinus. Si on ne peut s'assurer du point par où s'écoule le pus, il faut nettoyer les fosses nasales avec soin et faire coucher, pendant quelques minutes, le malade sur le ventre, la tête inclinée sur le côté sain. Quand on lui fait reprendre la position verticale, on aperçoit une plus ou moins grande quantité de pus qui s'échappe au niveau du méat moyen. Si l'orifice nasal du sinus est obstrué, il peut y avoir distension de la paroi interne de ce sinus. Dans ce cas, on observe presque toujours de violentes douleurs névralgiques dans la face et les dents du côté malade. Quelquefois il survient de l'érysipèle.

Pour établir le diagnostic de l'empyème du sinus maxillaire, il ne faut pas oublier qu'en même temps que cette maladie, on peut observer une affection du sinus frontal et des cellules ethmoïdales. On peut être obligé, pour faire un diagnostic positif, de pratiquer une ouverture exploratrice. On a beaucoup discuté pour savoir où on devait la faire. On peut choisir le nez, la fosse canine ou l'alvéole d'une des molaires. Ce dernier procédé est préférable. Comme l'affection du sinus reconnait presque toujours pour cause la carie dentaire, rien de plus simple que de sacrifier la dent malade. On peut encore employer pour le diagnostic, un procédé très commode indiqué par Heryng. On place le malade dans une chambre obscure et on introduit dans sa bouche une petite lampe électrique. Le maxillaire du côté sain apparait rouge et translucide ; celui du côté malade est sombre. Quant au traitement, il faut recourir au drainage de la cavité du sinus et aux injections antiseptiques. M. Semon préfère ouvrir le sinus par la bouche, ce qui est logique, car on est ainsi au point le plus déclive. Ce n'est que dans les cas invétérés qu'il fait une contre-ouverture dans le nez.

III. **Diagnostic et traitement des ganglions scrofuleux.** — Ce diagnostic d'après M. W. Trèves est habituellement aisé. On peut cependant confondre l'adénite scrofuleuse avec l'adénite simple ou le lymphadénome. Dans l'adénite simple, le ganglion engorgé est douloureux, la peau qui le recouvre peut être rouge. Si on a affaire à un cas aigu, la glande est dure et entourée d'un exsudat inflammatoire. La maladie se termine rapidement, soit par résolution, soit par suppuration. Enfin, il est facile de constater qu'il y a eu récemment, dans le voisinage des ganglions enflammés, une cause quelconque d'inflammation.

Dans le lymphadénome, le malade est toujours anémique. Parfois même il l'est à un degré excessif. Les pupilles sont largement dilatées. Les ganglions engorgés sont plus nombreux que dans la scrofule. Ils sont plus arrondis et ont une forme plus régulière. Ils ne sont ni enflammés, ni entourés d'un exsudat inflammatoire. Ils sont mobiles sur les parties voisines et on en rencontre en diverses régions du corps. Ils sont élastiques et fluctuants. S'il existe en outre une hypertrophie de la rate, le doute n'est plus possible.

En général, les glandes scrofuleuses ne constituent pas le premier symptôme de la scrofule. La cause première de l'inflammation des ganglions n'est pas aussi facile à déterminer que dans l'adénite simple. Les glandes sont dures, mieux limitées que dans l'adénite, moins bien que dans le lymphadénome. Elles sont plus mobiles que dans la première, moins mobiles que dans la seconde ; enfin, elles sont moins sensibles, moins douloureuses au toucher que dans l'adénite, mais elles le sont plus que dans le lymphadénome. La durée de la maladie dépasse souvent deux ou trois mois.

La consistance des ganglions scrofuleux est variable. Ils sont parfois mous et élastiques. Quelquefois ils sont assez durs et peu élastiques. Quand il s'est fait, dans leur tissu, une dégénérescence caséeuse ou tuberculeuse, quelquefois calcaire.

Quant à la mobilité des ganglions, on peut, dans certains cas, saisir les glandes, capsule comprise, entre les doigts. D'autres fois, le ganglion est moins mobile, mais, si on divise la capsule, on peut extraire la glande entière avec facilité. Chez certains malades, il est possible, en quelques coups de bistouri, d'enlever le ganglion avec sa capsule ; chez d'autres, on ne peut y arriver qu'après une dissection minutieuse, car la capsule adhère aux tissus voisins. Cette capsule, parfois très mince, peut acquérir l'épaisseur du cuir.

Pour que le traitement réussisse, il faut que l'état général soit bon. Il faut, de plus, enlever complètement les parties malades. M. Trèves recommande l'observation rigoureuse des règles de l'hygiène. Les médicaments, sauf les toniques, ne sont, pour lui, d'aucune utilité, car il n'a jamais vu un seul cas guéri par le traitement interne. De petites doses de bichlorure de mercure peuvent faire diminuer, jusqu'à un certain point, les ganglions scrofuleux en amenant la résorption de l'aréole inflammatoire ; mais tout se borne là.

L'iode et les iodures ont joui pendant longtemps d'une grande réputation. Trèves ne va pas jusqu'à dire

Digitized by Google

qu'ils sont dangereux, mais il affirme qu'ils ne donnent aucun résultat. L'iode appliqué sur la peau l'irrite et ne produit que de mauvais effets. Quant à l'arsenic il est complètement inefficace.

L'affection locale ne peut être guérie que par une opération. Il faut inciser la peau et enlever au bistouri les ganglions malades. Il est dangereux, d'après Trèves, de faire des injections interstitielles dans les ganglions, surtout quand ceux-ci sont situés profondément. La terminaison de la maladie par suppuration est un moyen de guérison employé par la nature, mais il est long, pénible et incertain.

Dr F. Roux

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

I. *Le prurit de la scarlatine et son traitement.* — II. *Les engelures, leur traitement.*

I. Le prurit de la scarlatine et son traitement. — Quoique la scarlatine ne soit pas classée parmi les dermopathies prurigineuses et que les auteurs n'aient pas insisté sur ce caractère, on ne le trouve pas moins indiqué dans plusieurs monographies, dans l'article du Dictionnaire Dechambre, dû à M. Sanné, et dans les livres anglais en particulier.

Déjà la veille de l'éruption, Jahn fait remarquer qu'on peut voir sur la peau, à l'œil nu et encore mieux à la loupe, de très petits points rouges, lisses, souvent prurigineux, qui ressemblent à des piqûres de puce au début. L'exanthème esquisserait déjà ce que doit être l'éruption qui suivra. Au moment même de l'éruption, principalement au début, les scarlatineux souffrent d'irritations cutanées, de démangeaisons assez intenses, qu'il leur arrive de prendre pour des morsures d'insectes; puis quelque temps avant la desquamation, il peut se produire un flux sudoral et du prurit, comme l'a vu Vogel; enfin, lorsque les squames se détachent et laissent au dessous d'elles une surface, lisse, rose pâle, d'épiderme encore jeune, le malade ressent à nouveau un peu de cuisson du côté de ces surfaces cutanées fraîchement recouvertes.

Mais la scarlatine, comme érythème plus ou moins généralisé, comme maladie exfoliante, fait subir à l'organisme des modifications, sur lesquelles, M. Ch. E. Quinquaud a appelé l'attention au Congrès international de dermatologie et de syphilographie (1889). Ces modifications consistent dans une diminution de l'urée, de l'hémoglobine, et de l'oxygène du sang et de tous les produits contenus dans l'urine et en une augmentation des toxines; de plus le sang se laisse envahir par les microbes d'où les infections secondaires.

Cependant cette origine toxique du prurit n'est peut-être pas commune dans la scarlatine; alors il devrait coïncider avec les cas graves, tandis que, d'après le D^r St-Philippe, on rencontre les démangeaisons dans les cas légers. En effet, il conclut que la scarlatine est souvent une maladie démangeante; mais que la scarlatine démangeante est d'un pronostic bénin, du moins prochainement, et il ajoute que la démangeaison s'observe dans la scarlatine, parce que l'éruption est peu intense la lésion cutanée peu profonde.

La congestion cutanée agirait comme dans les brûlures, dans lesquelles l'élément douleur est en raison inverse de l'intensité du processus pathologique.

Cette pathogénie concorde assez avec cette remarque que la scarlatine dans sa distribution s'attaque de préférence aux régions cutanées les plus riches en papilles (Edw. Ellis).

Si le prurit entre dans le complexus pathologique de la fièvre pourprée, il entraîne avec lui une indication thérapeutique spéciale dont il faut dire ici quelques mots. La sédation de l'irritation cutanée peut s'obtenir soit, à l'aide des sédatifs généraux, soit par des application locales. Le plus souvent il y a avantage à combiner les deux modes de traitement. Comme moyens internes se trouvent tout indiqués, la valériane, les bromures, le chloral; le salicylate de soude aurait pleinement réussi dans trois cas à Werteimher (*Münch. M. Woch*, 1889, N° 44).

Parmi les nombreuses applications externes, il importe de faire un choix judicieux. L'emploi des bains, surtout des bains froids, trouve en France peu de partisans. Reimer, qui a essayé l'eau froide sous toutes les formes, non plus contre le prurit, mais contre la fièvre et l'état général, n'est pas complètement de cet avis et recommande les bains froids, le malade assis dans une baignoire à demi pleine d'eau 12 à 18°, puis fortement frictionné et enveloppé de couverture de laine (*Congrès des médecins russes*, 7 janvier 1889, Saint-Pétersbourg).

L'adjonction d'un litre de vinaigre par bain de 200 litres soulage beaucoup les démangeaisons.

Si l'on ne veut pas utiliser les bains, on peut faire faire des lotions avec les solutions suivantes formulées à Saint-Louis par M. Quinquaud :

Acide acétique cristallisé	1 à 2 gr.
Eau	200 gr.

Ou bien

Acide monochloracétique	15 gr.
Eau de laitue ou de laurier-cerise	100 gr.

A l'acide acétique ou au vinaigre on peut mêler l'acide phénique qui calme aussi la cuisson cutanée. Il se prescrit seul ou avec d'autres substances, comme dans la solution recommandée par Johnston:

Hyposulfite de soude	15 gr.
Acide phénique cristallisé	2 gr. 50 cent.
Glycérine neutre	8 gr.
Eau distillée	120 gr.

Il faut être prudent dans l'emploi de cet agent, lorsqu'il existe quelques écorchures qui pourraient servir de bouches d'absorption. On peut lui substituer l'acide salicylique. L'hypochlorite de soude (liqueur de Labarraque), les sels d'aluminium, le nitrate, par exemple, à la dose de 1 gr. 50 cent. pour 125 gr. d'eau (Rabuteau), donnent de bons résultats, ainsi que l'acétate de plomb.

Eau blanche	100 gr.
Eau de laitue	50 gr.
Chloroforme	X gouttes
Eau de laurier-cerise	10 gr.

Une méthode toute différente consiste dans les onctions avec les corps gras. Johnston, Schneemann, Ebert faisaient frotter le malade avec de la graisse de porc non salée, et leur manière de faire n'avait pas tant pour but de remédier au prurit que d'établir une médication systématique de la scarlatine. Le cold-cream et la glycérine remplaçaient pour Meigs et Pepper l'axonge qui rancissait sur la peau et communiquait au malade une odeur très-désagréable. Aujourd'hui, l'on ne prend plus guère l'axonge que comme excipient. Day prescrit :

Axonge clarifiée	120 gr.
Acide benzoïque	1 gr.
Ether ozonique (solution d'eau oxygénée dans l'éther)	15 gr.
Essence de rose	IV gt.

Pour une pommade préparée à froid.

Pour le médecin anglais, l'eau oxygénée agirait comme microbicide : aussi, cette formule constitue un traitement systématique de la maladie.

La vaseline tient la place de l'axonge et se prête à tous les mélanges : on y incorpore du soufre :

Soufre sublimé	6 gr.
Sous-carbonate de soude	5 gr.
Vaseline	60 gr.

Ou bien de l'acide salicylique, du naphtol, etc. La glycérine a l'avantage de la propreté et du nettoyage facile;

Digitized by Google

sous forme de glycérolé d'amidon, de glycérolé tartrique elle calme le prurit.

Enfin, plus récemment on a confectionné des pâtes à l'oxyde de zinc, à l'oxyde de zinc et au menthol et on a employé le menthol en solution alcoolique à 2 ou 6 0/0 comme l'indique Saalfeld.

II. Des engelures et de leur traitement. — Parmi les inconvénients du froid, l'engelure n'est pas le plus vulgaire. Classée comme gelure au 1er degré à côté de la brûlure de même rang, l'engelure ou érythème pernion ne doit pas être considérée comme une affection purement externe, comme un érythème cutané et rien de plus. N'en déplaise à nos confrères viennois qui ne veulent pas dans les affections de la peau regarder au-delà ou plutôt au-dessous de cette enveloppe, il faut un terrain préparé, un organisme prédisposé pour que l'éclosion de l'engelure soit possible et cette condition se résume dans la tendance naturelle au refroidissement ; c'est pourquoi l'affection se localise aux extrémités, mains, pieds, oreilles, nez ; régions qui résistent mal à l'abaissement de la température ; c'est pourquoi elle atteint de préférence les enfants et les adolescents, qui sont facilement impressionnés par le froid extérieur ; c'est pourquoi enfin, elle se rencontre le plus souvent chez les enfants lymphatiques ou scrofuleux, dont la circulation périphérique languit.

Il faudrait même faire de l'engelure une affection d'origine tuberculeuse, si l'on adoptait les conclusions du travail que M. Isconesco a lu au Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie (août 1889). Cet auteur a trouvé des bacilles tuberculeux dans les engelures ulcérées et en a inoculé la sécrétion à des lapins qui ont présenté de la tuberculose. Sans adopter complètement cette opinion, qui du reste demande confirmation, on n'en doit pas moins retenir que l'érythème pernion n'est pas un érythème banal, et qu'il lui faut pour se développer certaines conditions, physiques, chimiques et peut-être nerveuses. L'engelure se montre fréquente chez les lépreux, selon la remarque de M. Zambaco Pacha et chez eux on peut la considérer comme un trouble trophique. La suppression de la sueur au niveau des parties couvertes d'engelures prouverait une altération de l'action vasomotrice (1).

Ces considérations sur la nature de l'engelure ne sont pas inutiles pour la direction du traitement, qui doit par conséquent, comprendre une médication interne, celle de la scrofule, à côté des moyens externes.

Parmi les traitements locaux des engelures nous citerons celui proposé par Liebreich (*Therapeutische Monatshefte*, décembre 1889) et qui consiste en lavages avec une solution ainsi composée :

Alun	aâ 5	grammes.
Borax		
Dissoudre dans :		
Eau de roses	300	gr.
ou		
Teinture de benjoin	15	gr.

On peut utiliser aussi le camphre, l'iode, le baume de Pérou, le pétrole, la teinture de cantharides, qui, mêlés aux pommades, servent à pratiquer des onctions grasses, qu'on peut également faire avec la préparation suivante :

Borax	5	gr.
Onguent simple	25	gr.

Ou cette pommade qui est très agréable :

Huile camphrée	2	gr.
Lanoline	20	gr.

dont on peut augmenter la force par l'addition de camphre en poudre ou d'acide phénique (Hueter).

Ces memes pommades peuvent servir comme moyens prophylactiques chez les personnes prédisposées.

(1) Kaufmann (du Mans). *Société de biologie*, 8 mars 1884.

Les attouchements très répétés avec de l'alcool absolu constitueraient un moyen abortif.

Le collodion pur, élastique ou iodé (1 partie d'iode pour 7 de collodion) compte parmi les moyens journaliers (1). Le sulfo-ichthyolate d'ammoniaque s'applique avec un pinceau à la dose de quelques gouttes. Mais des topiques ne suffisent pas à guérir les engelures, il faut aussi pour arriver à ce résultat, mettre, autant que possible les parties dans les meilleurs conditions ; c'est pour cela que nous voyons recommander l'enveloppement avec l'ouate et l'élévation qui facilitent la circulation.

De plus, il faut chercher à modifier l'état de paresse circulatoire dont souffrent les extrémités par des enveloppements chauds et des bains locaux.

Lorsqu'il se produit des crevasses, on calme la douleur par les préparations à la cocaïne ou au menthol, par exemple.

Dr H. Gillet.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Des complications cérébrales des affections de l'oreille, par le Dr O. Horner. — Ces complications s'observent plus souvent dans les maladies de l'oreille droite. Sur 31 abcès cérébraux, 18 se montrèrent dans le cours d'otites droites, 12 dans celui d'otites gauches et une fois des deux côtés. Il en fut de même dans une série de 61 cas de thrombose du sinus latéral (35 à droite, 26 à gauche) et dans une série de 23 cas de méningite (17 à droite et 5 à gauche). (*Albany med. Alm.* Janvier 1890).

M. Horner attribue ces différences aux dispositions anatomiques d'après lesquelles le sinus latéral est plus voisin de l'apophyse mastoïde et de l'os pétreux à droite qu'à gauche. Il remarque, en outre, que la proximité de la fosse cérébrale antérieure et du sinus mastoïde est plus grande dans le crâne brachycéphale que dans le crâne dolichocéphale. S R

L'hydrastinine et son emploi dans les métrorrhagie par M. le Dr Fauk. — Bien que l'extrait fluide d'hydrastis canadensis se montre actif contre les métrorrhagies, les deux alcaloïdes trouvés jusqu'ici, l'hydrastine et la berbérine semblaient ne pas reproduire les effets du médicament complet.

L'hydrastinine obtenue par l'oxydation de l'hydrastine par l'acide azotique étendu, et en neutralisant par les alcalis, se présente sous la forme d'une poudre blanche, plus soluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme que dans l'eau. Son chlorhydrate se dissout bien dans l'eau, à laquelle il communique une légère fluorescence et une saveur amère. (*Therap. Monat.* no 1, 1890).

L'hydrastinine chez les animaux à sang froid ou à sang chaud agit sur la moelle. Elle exagère la sensibilité, sans modifier les réflexes. Sans être un poison du cœur, elle en augmente la contractilité. Au début, la systole se produit avant que la diastole ne soit complète ce qui accroît la fréquence des battements. Ensuite la systole s'allonge et les battements se ralentissent, mais sans jamais produire l'arrêt du cœur. Cette action cardiaque cesse par la section du pneumogastrique.

L'hydrastinine produit une vaso-constriction énergique en excitant directement les fibres lisses des vaisseaux.

Elle provoque une augmentation de la pression artérielle allant jusqu'à 100 mm., et se traduisant même par la diminution de l'excrétion urinaire. Avant la mort, on remarque une chute de la pression qui est sous la dépendance de la paralysie du centre respiratoire.

L'hydrastine en diffère par son action sur les muscles, qu'elle tétanise et au début sur le cœur qu'elle paralyse, par l'abaissement de la pression qu'elle produit en excitant le centre vasomoteur.

(1) Voir : *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1888

Digitized by Google

Ces propriétés de l'hydrastinine l'ont fait prescrire contre les métrorrhagies. L'auteur l'emploie en injections sous-cutanées :

Chlorhydrate d'hydrastinine	1 grammes.
Eau distillée	10 grammes.

Injecter 1/2 à 1 seringue par jour, dans la métrite fongueuse hémorrhagique et dans les corps fibreux.

Contre la dysménorrhée avec congestion intense ou les métrorrhagies profuses, il convient de commencer le traitement six à huit jours avant l'époque menstruelle présumée. H. G.

Du traitement de la dilatation de l'estomac, par M. le Dr Ogra. — Le traitement de la dilatation de l'estomac ne peut être systématique ; il dépend des causes de celle-ci. Ces causes sont au nombre de trois : l'excès de résistance pylorique, l'excès du contenu stomacal, l'affaiblissement de la contractilité musculaire.

On lutte contre la sténose pylorique (cancer, cicatrice), à moins que le chirurgien puisse intervenir.

Contre l'abondance du contenu, la sobriété, la lenteur de l'ingestion agissent mieux que les médicaments.

Ceux-ci s'adressent surtout à l'affaiblissement du muscle gastrique ; mais les indications diffèrent selon la cause de cette parésie. (*Internat. Klin. Woch.*, 1889, nos 28 à 33).

S'agit-il d'affections de l'estomac (sténose pylorique, gastrite chronique, dyspepsies), on doit penser à deux choses : 1° augmenter la tonicité de l'estomac ; 2° en diminuer ou changer le contenu. L'ectasie dépend-elle de l'état chlorotique ou anémique du sujet ? il faut, outre le traitement de cet état, instituer le régime sec, et l'auteur prescrit le suivant : petits repas, 5 environ dans la journée, composés de poisson maigre, viandes digestibles, légumes verts, œufs mollets, croûte de pain, un peu de vin. Ne boire que juste ce qu'il faut pour calmer la soif et quelques heures après le repas. Mais on est quelquefois obligé de mettre plus de distance entre les repas.

Si l'acide chlorhydrique fait défaut, on en prescrit 1 à 3 fois par jour de 8 à 10 gouttes de la solution diluée.

Pour relever la tonicité stomacale, il emploie soit :

Extrait de noix vomique	0,15 à 0,30 gr.
Bicarbonate de soude	ãã 4 grammes
Poudre de racine de rhubarbe	

Pour 10 paquets, deux par jour dans du pain à chanter.

Soit, des injections sous-cutanées :

Azotate de strychnine	10 centigrammes
Eau	10 grammes

1 à 2 seringues de Pravaz par jour.

Soit les purgatifs. L'électricité intus ou extra, la douche écossaise, le massage.

Dans les cas de stagnation, il fait le lavage, s'il y a hyperacidité, avec une solution alcaline, et s'il y a fermentation exagérée avec :

Salicylate de soude	1 gramme
Bicarbonate de soude	6 grammes
Eau	100 grammes

Ou bien avec une solution légère de permaganate de potasse ou encore, avec une solution d'acide salicylique à 3 ou 5 0/0, ou de borax à 2 à 4 0/0 dans l'eau chaude. On lave après à l'eau. On répète deux fois par jour dans les cas tenaces, une fois avant le principal repas, une fois avant le coucher.

De l'action thérapeutique des lavements avec une solution concentrée de sulfate de magnésie, par M. le Dr Watkins (de Chicago). On se rappelle les expériences de M. Hay qui, après l'ingestion de sulfate de magnésie constatait une augmentation numérique des globules rouges du sang dans le rapport de 5 à 6, 7. De plus, l'action purgative de ce sel est bien connue. M. Watkins (de Chicago) a voulu utiliser ces propriétés au moyen de lavements concentrés (*Maryland med. journal*, janvier 1809), qu'il formule ainsi :

Sulfate de magnésie	60 gr.
Glycérine	30 gr.
Eau	120 gr.

Les indications de ce traitement ne sont pas seulement la constipation simple mais bien encore l'obstruction intestinale, les suites de la laparotomie quand il y a menace de péritonite septique, les inflammations du petit bassin, enfin la dysménorrhée. On provoque ainsi, écrit-il, les phénomènes de diffusion, l'action en est rapide, les douleurs abdominales ne sont point vives.

S. R.

Du chloralamide contre l'insomnie des aliénés, par M. le Dr Cope. — Dans un grand nombre de cas l'auteur a fait usage de ce médicament à la dose de 1 gr. 25 à 1 gr. 75 pour combattre l'insomnie des maniaques et des mélancoliques. Dans la manie aiguë, il élevait la dose à 2 gr. et 2 gr. 50. On ne pouvait continuer l'usage pendant six à huit jours (*Dublin Journ. of Med. Sciences*, février 1890), et les effets hypnotiques persistaient. Dans un cas seulement, M. Cope a observé des troubles gastriques.

L'action de cet agent somnifère serait comparable à celle du chloral. Il n'est pas analgésique.

Le sommeil obtenu est calme, et se poursuit pendant l'espace de cinquante minutes à une heure.

S. R.

REVUE DES LIVRES

De l'influenza. — Son évolution dans l'organisme féminin, par M. le Dr F. de Backer. (Paris 1890, G. Masson).

L'auteur retrace l'allure clinique de la grippe sur le sexe féminin. Ses observations le conduisent à admettre, à côté des formes classiques, une forme utérine, caractérisée par un état congestif de l'ovaire, des coliques utérines, des douleurs lombo-sacrées, et du prurit vulvaire. On note, en outre, chez la femme, comme phénomènes particuliers, une constipation opiniâtre, et une dépression nerveuse, beaucoup plus accentuée que dans le sexe masculin. Si la malade est en état de gestation, l'influenza peut provoquer l'avortement ; elle prédispose en outre singulièrement aux accidents puerpéraux. Il y a donc lieu, dans ces conditions, de recourir aux soins antiseptiques les plus minutieux, et de favoriser l'élimination des principes infectieux qui imprègnent l'économie, en stimulant le fonctionnement de tous les émonctoires naturels. Em. T.

Le lait bouilli au point de vue de l'allaitement artificiel, par le M. Dr A. Laurent (Paris, 1890, G. Masson).

L'auteur de cette petite brochure est un vétéran parmi ceux de nos confrères qui étudient la grave et grande question de l'allaitement artificiel des nouveau-nés. De plus, il appartient à cette catégorie nombreuse de médecins de la province dont certains oracles parisiens dédaignent si volontiers les avis, comme si l'expérience clinique était le monopole de leur personne et de leur résidence dans la capitale. On l'a vu dans les récents débats sur la tuberculose quand on a osé dire du haut de la tribune académique qu'il est encore « des médecins de province qui ignorent ou nient le danger de la contagion tuberculeuse. »

Cette brochure témoigne du contraire et, fort à propos, démontre qu'en proscrivant l'usage du lait cru dans l'allaitement des enfants, on a sans doute satisfait aux craintes bacillaires de quelques-uns, mais sans résoudre la question des dangers de l'allaitement par le lait bouilli. Il ne faudrait pas, en effet, sous prétexte d'éviter la contagion tuberculeuse par le lait cru, ouvrir la porte au bacille en provoquant des troubles intestinaux par l'emploi du lait bouilli, et lui préparer un terrain fa-

Digitized by Google

vorable à son évolution en diminuant la résistance de l'organisme.

M. Laurent démontre par des faits qu'il en est ainsi quand on allaite les enfants avec le lait bouilli. L'usage répété de ce dernier provoque des troubles dyspeptiques, des coliques, la constipation, de la diarrhée et, pour ces raisons, amène des retards dans le développement, la marche et la dentition de l'enfant.

La Commission de l'hygiène de l'enfance déclarait, en 1873, dans ses instructions que le lait ne doit pas avoir bouilli, mais être chauffé sur la cendre « chaude au bain-marie, et être donné tiède. » Le vote récent de l'Académie sur la prophylaxie de la tuberculose est un démenti à ces instructions. Bref, entre l'opinion de 1873 et celle de 1890, on est dans l'embarras.

Il y a une autre solution, plus efficace, plus raisonnable et M. Laurent la propose. Pourquoi ne pas l'adopter? Elle consisterait à faire inspecter sévèrement les vaches laitières par des vétérinaires, et à poursuivre sérieusement les fraudes sur le lait. Et puis au point de vue de l'allaitement des nouveau-nés, ne serait-il pas urgent d'encourager la création de fermes modèles? C'est une question sur laquelle nous reviendrons.

De tels avis, aussi sincères, mériteraient d'être écoutés. Il est regrettable que l'on n'en tienne pas compte. Pour ce motif nous sommes heureux de recommander la lecture du mémoire de M. Laurent. Il est écrit avec sincérité et conviction : il est, de plus, l'œuvre d'un clinicien compétent et d'un médecin de bonne foi. La réunion de telles qualités est précieuse, même à Paris.

Ch. Eloy

Alger et la tuberculose pulmonaire par M. le Dr Gandil. — (Paris 1889. E. Lecrosnier et Babé).

Dans ce petit livre, notre confrère plaide chaleureusement la cause de la ville d'Alger comme station hivernale pour les tuberculeux. Il démontre avec chiffres à l'appui, la constance de sa température hivernale et la sécheresse modérée de son climat. Puis, à la différence d'autres auteurs qui discutent brièvement les contre-indications d'un climat, il déclare que cette station est contre-indiquée au stade ultime et au moment des poussées congestives. Bref, M. Gandil avoue avec une sincérité dont on le félicite volontiers qu'en climatothérapie comme dans l'emploi d'autres médications il faut savoir manier le médicament. C'est là l'origine des succès et la raison fréquente des échecs. A ce point de vue, la station d'Alger n'a point les inconvénients qu'on lui attribue ; et, sans être le paradis des tuberculeux, elle leur est parfois très favorable.

Ch. Eloy.

Nouveau guide pratique de technique microscopique, par M. le Dr René Boneval (Maloine, Paris 1890.)

L'auteur a eu le grand mérite de réunir dans ce petit volume, avec une grande concision, toutes les méthodes générales de fixation et de durcissement des tissus. La pratique des coupes, les procédés de coloration sont indiqués d'une façon succincte et pratique. Après avoir passé en revue tous les appareils et montré les différentes applications de la technique, il a ajouté un chapitre intéressant, sur les exercices d'embryogénie et un autre sur l'étude de la karyokinèse. Enfin, il a eu l'heureuse idée de terminer par un formulaire indiquant la composition des principaux réactifs employés en histologie. Ce livre rendra service à tous ceux qui voudront s'initier dans les éléments et à la pratique de l'anatomie microscopique.

D. W.

BULLETIN DE LA SEMAINE

La mort de M. Trélat. — Un chirurgien vulgarisateur

Le décès de M. Trélat a été une surprise. Au moment où les journaux annonçaient sa maladie, la mort achevait son œuvre. Impitoyable, elle avait marché d'un pas rapide.

Par ses travaux et son enseignement, M. Trélat appartenait beaucoup plus à l'Université qu'à la science. Par son nom et les situations administratives dont il était pourvu, il appartenait à la politique. Trop selon les uns, pas assez selon d'autres : question d'opinion. Les notices nécrologiques que la presse lui a consacrées le montrent assez. Passsons. l'heure n'est point venue — elle viendra un jour — de chercher l'influence réciproque de la politique sur la science. A ce moment, il y aura lieu de prononcer encore le nom du défunt.

Sa vie scientifique commence en 1854. C'est l'époque où, terminant de brillantes études, il soutenait sa thèse inaugurale.

Trois années après, il obtenait le titre alors moins répandu qu'aujourd'hui et très envié, de professeur agrégé à la Faculté. En 1857, le fils de l'ancien ministre des travaux publics de la deuxième République entrait donc dans le corps universitaire du second Empire. Il avait vingt-neuf ans ; il arrivait jeune.

Il dut, il est vrai, attendre durant dix-huit années, la chute du régime impérial, l'avènement de la troisième République et le 22 juin 1872 pour obtenir le professorat et s'asseoir dans une chaire de pathologie externe de la Faculté de Paris. Ce fut, on s'en souvient, un évènement universitaire, d'aucuns disaient une réparation. On applaudit d'ailleurs, et on eut raison.

M. Trélat avait fait ses preuves de patriotisme durant la guerre franco-allemande. Après l'année terrible, il fallait réchauffer les cœurs et rendre l'éclat à notre enseignement médical: La nomination de l'ancien chirurgien des ambulances de l'Armée de la Loire arrivait donc à une heure opportune.

***

Par ces compensations dont la politique n'est point toujours avare à l'égard de ses enfants préférés, l'agrégé, trop oublié de 1860 à 1870, prit une place importante dans un grand nombre de commissions administratives et universitaires. Comité d'hygiène, conseil d'Instruction publique, comités et sous-comités les plus divers : c'était, on l'a écrit, je crois, une sorte de cumul, partagé ajouterai-je, par d'autres. A Lacédémone le reproche aurait sans doute trouvé de l'écho. Heureusement que M. Trélat était d'Athènes.

Et puis, comme on le rappelait lundi dernier, devant sa tombe, c'était un libéral. Il l'était même doublement, par conviction et par hérédité, et ce libéralisme se retrouve à chaque ligne dans ses lettres publiques et à chaque paragraphe dans ses déclarations.

***

Membre de l'Académie de médecine, le 20 janvier 1874, et plus tard son Président, successivement chirurgien de la Maternité, en 1860, de Saint-Antoine, en 1864, de la Pitié, en 1868, et de la Charité, en 1872, il possédait, inutile de le rappeler longuement, le renom d'un professeur éloquent, d'un clinicien perspicace et d'un opérateur heureux. Les hardiesses de son bistouri sont bien connues. Quant à sa parole : il l'a mise au service des grandes découvertes de la chirurgie contemporaine. Sous une autre forme, n'était-ce pas encore du libéralisme?

La liste des travaux originaux de M. Trélat est relati-

Digitized by Google

rement courte. On cite volontiers sa thèse d'agrégation sur la *nécrose phosphorée* ; on consulte, à l'occasion, son mémoire sur *l'hypertrophie unilatérale partielle ou totale du corps* ; on relit au besoin *ses cliniques chirurgicales de la Pitié* et les nombreuses leçons que la presse médicale a reproduites.

Ses amis regrettent ses qualités de cœur : ses élèves n'oublieront pas son talent de vulgarisateur. Charme de la parole, cordialité, libéralisme, ce sont là des vertus natives...

Mais, ne devançons pas le jugement de la postérité et laissons-lui le soin. — ne faut-il pas lui laisser quelque chose à faire ? — d'ouvrir ou fermer à nos contemporains les portes du Panthéon. Ch. Eloy

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 28 mars 1890)

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

M. le Président annonce à l'Académie, la mort de M. le professeur Trélat. La séance est levée en signe de deuil.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 mars 1890.

Présidence de M. le Dr Dumontpallier

De la rubéole. — M. Chantemesse présente un étudiant en médecine qui, le 17 mars dernier fut atteint de courbature générale, de catarrhe nasal, de mal de gorge, avec fièvre modérée ; il resta ainsi pendant cinq jours, lorsqu'apparût une éruption papuleuse généralisée caractéristique de la roséole ; en même temps se montrait un engorgement des ganglions de la nuque, du cou, de l'aisselle. Cette éruption, aujourd'hui sur son déclin, s'accompagne de démangeaisons très vives et de douleurs rhumatismales des petites articulations des doigts, semblables à celles du rhumatisme scarlatineux. Il est impossible d'incriminer dans le cas particulier la rougeole, la scarlatine ou la syphilis. M. Chantemesse fait remarquer que l'éruption a duré plus longtemps que dans les cas signalés par M. Juhel-Renay.

M. Talamon insiste sur les phénomènes de catarrhe des muqueuses dans la rubéole : coryza, conjonctivite, angine, trachéite, avec engorgement des ganglions lymphatiques, correspondant aux muqueuses envahies. Il établit ensuite la distinction entre la rubéole et la roséole fébrile de Trousseau. Celle-ci, qui s'accompagne de température élevée dès le début, envahit rapidement tout le corps par ses papules larges ; l'éruption très fugace ne dure pas plus de 36 à 48 heures ; elle ne détermine ni larmoiement, ni coryza, ni toux, phénomènes absolument dissemblables de ceux de la rubéole et suffisante pour assurer le diagnostic.

Des différentes formes de la variole. — M. Huchard divise la variole au point de vue du pronostic et du diagnostic en plusieurs groupes :

1° les *varioloïdes*, qui guérissent toujours.

2° les *varioles discretes* que certaines complications rendent graves.

3° les *varioles cohérentes* et les *varioles hémorrhagiques secondaires* dont le pronostic est très grave, mais non point toujours mortel.

4° les *varioles hémorrhagiques d'emblée* et les varioles *confluentes* dont la gravité est extrême ; leur mortalité presque constante et les lésions viscérales redoutables, comme il l'a prouvé depuis 1871.

De la grippe. — L'enquête clinique sur cette affection continue. M. Sevestre étudie la **grippe chez les enfants** et déclare que même dans les cas douteux, l'attention du clinicien permet le diagnostic, des formes même méningitiques.

M. Jofroy vient lui aussi, déposer un document en faveur des accidents cérébraux de la grippe. Il s'agit d'un cas **d'agitation maniaque dans l'influenza.** Le délire présentait les allures du délire typhique. Il en différait cependant, par la rapidité de sa disparition et le retour de la mémoire et de l'intelligence.

H. M.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 mars 1890.

Présidence de M. le Dr Terrier

Traitement des endométrites. — M. Reynier a expérimenté les cautérisations au chlorure de zinc pour des métrites dans le traitement desquelles le curettage avait échoué. Sur six malades atteintes de métrites hémorrhagiques douloureuses, il a observé un arrêt immédiat des hémorrhagies et des sécrétions purulentes après l'emploi du chlorure de zinc. Toutefois les douleurs ont été vives après ces cautérisations, surtout chez les femmes nerveuses. M. Reynier leur reproche, en outre, d'amener des atrésies secondaires de la cavité utérine, ce qui peut déterminer des troubles graves de la menstruation. Pour ces raisons il revient au curettage, avec badigeonnage au chlorure de zinc, à la glycérine créosotée ou phéniquée, pour détruire les points de la muqueuse rebellées à l'action de la curette.

M. Bouilly constate que l'atrésie de la cavité utérine est très fréquente après les cautérisations au chlorure de zinc, et que pour cette raison on doit être très réservé sur son emploi.

M. Polaillon, dans sa pratique très-étendue, n'a jamais observé de pareil accident ; il ne faut ni trop cautériser, ni dépasser la dose de chlorure de zinc. Pour cette raison il enferme le caustique dans une pâte fondante, de telle façon qu'il pénètre lentement et en petite quantité. Jamais donc il n'a observé cette complication avec ses flèches caustiques.

De la laryngectomie dans le cancer du larynx. — M. Périer signale quatre cas de laryngectomie totale sans trachéotomie préalable, opérés à l'étranger. Trois de ces opérations furent suivies de mort dans un délai peu éloigné ; un seul malade survécut neuf mois.

M. Schwartz rapporte deux autres cas d'extirpation totale sans trachéotomie préalable ; l'un de Dupont (de Lausanne). L'opéré fut présenté un an après sa guérison, à la Société vaudoise ; l'autre de Hayr Agnew : on enleva en même temps que le larynx six centimètres d'œsophage cancéreux ; l'opération dura 2 h. 25, le malade succomba quatre jours après, pas d'autopsie.

M. Schwartz se rallie à l'opération, telle qu'elle a été exécutée par M. Périer dans tous les cas où d'emblée on est décidé à enlever le larynx en totalité. Ces conditions sont rares à cause de la difficulté du diagnostic de la localisation. Si le cancer est unilatéral, exactement cavitaire, surtout si l'on a affaire à un épithélioma corné, la laryngectomie partielle est préférable ; il faut alors débuter par la trachéotomie préliminaire ; faire la thyrotomie, se rendre directement compte des lésions et enlever l'organe en partie ou en totalité, suivant leur étendue.

Il y a en effet une grande différence au point de vue de la gravité opératoire entre l'ablation partielle et l'ablation totale. Cette dernière est très-meurtrière, puisqu'elle a encore une mortalité de près de 50 0/0 dûe presque toujours, si la mort

Digitized by Google

n'est pas immédiate, à des complications broncho-pulmonaires. L'extirpation partielle, tout en étant grave, l'est cependant beaucoup moins, elle ne donne que 30 0/0 environ de mortalité opératoire.

Lorsque le cas est favorable, c'est-à-dire quand la tumeur bien localisée, ne dépasse pas la moitié du larynx et ne franchit pas ses limites, l'extirpation partielle rend, au point de vue de la récidive, autant de services que l'extirpation totale. En un mot, il n'y a, après elle, ni plus ni moins de récidives qu'après l'ablation totale.

Une autre raison doit encore la faire préférer, quand elle est possible ; nous voulons parler des résultats fonctionnels après elle. Pas n'est besoin, en général, de larynx artificiel ; les malades qui conservent la moitié de leur larynx peuvent parler et se faire entendre à quelque distance.

En résumé, l'opération de M. Périer est bien conçue, elle est recommandable toutes les fois qu'il y a lieu d'extirper le larynx en totalité, et quand on est certain que la tumeur occupe plus de la moitié de la cavité laryngienne. Elle reste, malgré cela, une opération grave, puisque sur sept opérés on compte cinq morts et, entre autres celui de M. Terrier, où tout a été irréprochable comme intervention. Comme la laryngectomie partielle est moins meurtrière, donne des résultats moins bons au point de vue de la récidive, meilleurs au point de vue du rétablissement de la fonction, M. Schwartz n'hésite pas à le conseiller après avoir fait d'abord la trachéotomie, puis la thyrotomie exploratrice. Toutefois, et malheureusement, ce sont les cas de beaucoup les plus nombreux, lorsque le cancer a dépassé le larynx, il n'y a plus à penser à l'extirpation et la trachéotomie palliative reste comme unique ressource.

Dr Marciguey.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES

DE L'ÉTRANGER

Allemagne. — **Société de dermatologie de Berlin** (4 mars 1890). — I. *De l'aristol en dermatologie.* — **Société de médecine interne de Berlin** (10 Mars 1890). — II. *Du traitement de l'hydropisie.* — **Société de médecine berlinoise** (12 et 19 Mars 1890). — III. *La pathogénie de l'entéroptose.*

Angleterre. — **Société royale de médecine de Londres** (12 Mars 1890). — IV. *De la tachycardie paroxystique.*

Autriche. — **Société des médecins de Vienne** (12 Mars 1890). — V. *La tuberculose de la sclérotique.*

I. De l'aristol en dermatologie. — Ce nouveau médicament préconisé par Eichoff, fait l'objet d'essais nombreux en Allemagne. M. Schurn l'a donc employé contre le lupus, suivant la méthode indiquée par Eichoff. Il en a fait aussi usage, contre le psoriasis.

En pommade contre le lupus, il procure des résultats favorables et, on peut le prescrire en association avec la vaseline (1).

Par contre, il est moins fidèle quand il s'agit de combattre le psoriasis. On ne saurait donc faire fonds sur ses vertus et encore moins, à l'heure actuelle, formuler les conditions qui autorisent son emploi ou assurent son succès. Cependant, l'aristol n'est point toxique, dit-on, et irrite peu la peau : c'est là un avantage que l'acide pyrogallique ne possède point et qui permettrait de l'essayer dans les cas rebelles. Il aurait, entre autres mérites, celui de ne pas colorer la peau et de ne pas provoquer de conjonctivite comme la chrysarobine.

Le pansement adopté par Eichoff et par Schürn est le suivant : on formule une pommade à la vaseline contenant de 3 à 10 pour cent d'aristol. On pratique tous les jours, matin et soir, une friction sur la partie malade avec cette pommade et on enveloppe cette dernière d'une mince feuille de gutta-percha.

II. Du traitement de l'hydropisie. — On sait qu'il existe hydropisies et hydropisies, M. Fuerbringer le rappelle en distinguant les hydropisies cardio-pulmonaires, par stase veineuse ou insuffisance du myocarde, et les hydropisies rénales dont on ignore le mécanisme malgré les trois théories classiques qui prétendent le faire connaître, à savoir la théorie de l'hydrémie pure, la théorie de l'hydrémie avec pléthore, et la théorie de Cohnheim par insuffisance de l'excrétion cutanée.

Quelles sont les ressources de la thérapeutique pour combattre les hydropisies ? S'agit-il d'une hydropisie cardio-pulmonaire ? M. Fuerbringer considère la digitale comme le meilleur des médicaments, même dans les cas de néphrite et condamne ses succédanés comme l'adonidine et la convallamarine. Quant à la dose, on ne peut, dit-il, l'administrer à dose thérapeutique sans provoquer la répugnance des malades. Le strophantus est un médicament utile par occasion, quand il s'agit de surmenage du cœur, de tabagisme ou d'alcoolisme.

M. Fuerbringer est sévère pour la caféine ; son action est dit-il, inconstante. Il l'est également à l'égard des alcalins.

Faut-il s'adresser aux cathartiques ? Oui, si le malade n'est pas affaibli et parmi eux, il conseille le calomel aux individus indemnes de lésions rénales.

Que faire en présence d'une hydropisie rénale ? Ici, on doit d'abord s'adresser aux diaphorétiques : bains tièdes avec enveloppement, bains d'eau chaude, bains de vapeur, enveloppements dans les draps humectés d'eau chaude. De tous les moyens, le premier est le plus efficace, parce qu'il provoque la plus grande soustraction de liquide. Quand les diaphorétiques échoueront, on aura recours aux diurétiques et enfin, ressource suprême, aux moyens chirurgicaux : ponctions contre les hydropisies viscérales ; scarifications aseptiques contre l'anasarque.

III. De la pathogénie de l'entéroptose. — L'entéroptose morbide dont notre distingué compatriote M. Glénard a démontré l'existence, ne semble pas contestable à M. Ewald. Cependant, il n'en admet pas l'extrême fréquence et de plus, se refuse à considérer la perception des battements aortiques comme l'un de ses symptômes.

L'amaigrissement, le relâchement de la paroi abdominale peuvent les faire percevoir en l'absence de tout prolapsus du côlon transverse. Et puis, parmi les phénomènes qui révèlent ce prolapsus, n'en est-il pas qui sont dus à des troubles sécrétoires ou réflexes intestinaux plutôt qu'au déplacement de l'organe ? Bref, M. Ewald considère ces accidents comme le résultat de la stase des matières fécales dans l'intestin prolabé et, par conséquent, d'une auto-intoxication.

Ces objections, ajouterons-nous, démontrent des faits découverts par M. Glénard et, à coup sûr, M. Ewald l'avoue implicitement, ne sauraient en infirmer la valeur.

IV. De la tachycardie paroxystique. — Qu'est-ce que la tachycardie paroxystique ? Une accélération du cœur avec douleurs, se produisant par attaques et persistant durant à quelques minutes de plus de deux heures.

M. S. West en rapporte trois cas. Dans le premier cas, celui d'un homme de 33 ans, le nombre des pulsations s'élevait à 200, celui des inspirations à 24 ; point de dyspnée, pas de cyanose, pas de souffle, une attaque de rhumatisme sept années auparavant.

Dans le second cas, celui d'un malade âgé de 32 ans ; il y avait par minute, 300 pulsations et 18 respirations. On percevait un souffle mitral. Enfin, le troisième cas, est celui d'une femme âgée de 26 ans dont le pouls était incomptable en raison de sa rapidité.

Tous ces malades guérirent. Cependant, il n'en est pas tou-

(1) Voir *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1890, n° 11)

Digitized by Google

jours ainsi, et la tachycardie paroxystique accompagne parfois des lésions organiques du cœur nettement caractérisées : c'est pourquoi M. S. West attribue ces phénomènes à une altération du myocarde. M. G. Sourdille, son collègue, formule une opinion moins absolue ; pour lui, en effet, s'il existe des faits de tachycardie paroxystique en rapport avec des affections du cœur, il en est d'autres où on ne peut invoquer aucune autre cause que des troubles nerveux.

V. **La tuberculose de la sclérotique.** — Ici, il s'agit d'une localisation exceptionnelle de la tuberculose dont M. Muller a été le témoin sur un jeune garçon.

Une tumeur ulcérée siégeait à l'angle externe de la sclérotique et sur la conjonctive ; il existait des nodules. On crut d'abord à un kyste hydatique et on opéra. Les parois du kyste furent examinées au microscope, elles étaient formées de tubercules miliaires dans lesquels on reconnut sans peine le bacille de Koch. L'extirpation n'a pu donner de résultats décisifs ; la tumeur récidiva. M. Muller serait disposé à essayer les injections intra-parenchymateuses d'iodoforme. En tout cas, c'est là un fait, sinon unique, du moins exceptionnel de tuberculose oculaire. S. R.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

CHIRURGIE

Comment doit-on faire l'antisepsie chirurgicale (1).

Le chirurgien n'a pas seulement à s'occuper de sa propre désinfection ; il doit surveiller également celle de ses aides. S'il n'a pas une confiance absolue dans la propreté des personnes qui doivent le seconder pendant l'opération, surtout s'il est obligé, comme à la campagne, de se servir de gens parfois totalement ignorants des choses de la médecine, il ne craindra pas, au risque de paraître méticuleux, de diriger lui-même la désinfection de ses aides, de passer pour ainsi dire l'inspection des mains et des ongles, car c'est, en somme, le chirurgien qui porte toute la responsabilité.

Un dernier point doit nous occuper, c'est celui du vêtement du chirurgien et de ses aides, et celui de l'aménagement du local. Lorsqu'on peut choisir ce dernier, on le prendra bien clair, bien aéré, et surtout éloigné des foyers d'infection. Il sera mis, plusieurs heures auparavant, dans un état de propreté aussi satisfaisant que possible. La désinfection des locaux par la sulfuration, les fumigations de sublimé, ne sont nécessaires que dans de rares circonstances.

Comment obtiendrons-nous une antiseptie parfaite des mains ? La réponse à cette question est plus difficile qu'on ne le pense, du moins si on en juge d'après les données scientifiques. Kümmell, par de nombreuses expériences dont le résultat est consigné dans le *Centralblatt für Chirurgie* 1886 p. 284) a montré que lorsque les mains sont propres et non infectées, il convient de les brosser pendant cinq minutes avec de l'eau chaude et du savon, puis de les frotter pendant trois minutes à l'aide d'une solution de thymol à 6 0/0, ou d'acide phénique à 3 0/0. Toutefois, la désinfection n'est complète et certaine qu'après lavage avec une solution phéniquée à 5 0/0 et avec de l'eau chlorée. Si les mains ont été infectées et souillées par le contact de substances septiques, les précautions précédentes ne suffisent plus. Il devient alors nécessaire de les brosser pendant cinq minutes au moyen de savon et d'eau aussi chaude que possible et de les frotter ensuite pendant deux minutes avec de l'eau chlorée.

L'antisepsie des mains, parfaite au point que l'impression de la pulpe des doigts sur des bouillons de culture ne provoque plus sur ceux-ci des développements de colonies microbiennes, cette antisepsie, disons-nous, est donc très difficile à réaliser, impossible même pour quelques expérimentateurs, lorsque les mains ont été souillées récemment par le contact de matières septiques.

La conclusion qui se dégage de ces faits est bien naturelle : le praticien aura soin, si possible, de ne pas toucher avant d'opérer, à une plaie infectée, à un érysipèle, et de ne pas mettre ses doigts dans le pus, l'urine ou le sang altérés. Il n'examinera pas une malade atteinte d'un cancer utérin ou d'un néoplasme rectal. Il évitera aussi d'explorer la cavité buccale, car on sait le nombre vraiment considérable de microbes qui y sont contenus, même à l'état normal ; et si, néanmoins, on est obligé de faire un des examens précédents, on redoublera de précautions et on s'astreindra aux mesures antiseptiques les plus rigoureuses. Il suffit, en général, pour l'antisepsie manuelle, de suivre la pratique suivante : lavage pendant quelques minutes, à l'eau tiède savonneuse, puis brossage avec de l'alcool absolu ou à 95 degrés, puis ablution pendant deux minutes environ à l'aide d'une solution de sublimé au millième. Ce procédé qui diffère de celui que recommande Kümmell, a l'avantage d'être facile, et à la portée de tout le monde. Avant ce lavage, il est capital de nettoyer et d'égaliser les ongles à l'aide d'une lime, de les débarrasser de tous les débris qui s'abritent sous eux, de frotter avec grand soin leur sertissure ; bien souvent, en effet, des ongles malpropres ont été des agents de transmission des micro-organismes pyogènes. Ce n'est pas uniquement les mains, mais aussi les avant bras, jusqu'à hauteur du coude, qu'il faut laver et brosser ; et, nous le répétons à dessein, il ne faut pas s'essuyer avec une serviette sèche, après l'action de la solution antiseptique. Tout ce qu'on peut faire, c'est enlever l'excès de liquide à l'aide d'une compresse exprimée de sublimé.

Quand aux vêtements, nous pensons que, même dans les grands centres chirurgicaux, il y a une exagération évidente à imiter la pratique de quelques opérateurs étrangers qui endossent des costumes plus ou moins bizarres, et font changer de vêtements aux personnes qui assistent à l'opération. Il faut être propre, voilà tout.

Il est un dernier détail que nous voulons indiquer en terminant, c'est la nécessité absolue de ne laisser toucher aucune main qui ne soit rigoureusement désinfectée, aux objets de pansement, aux instruments, à la région malade. C'est souvent, nous en avons la conviction, par l'inobservation de ce détail, qui paraîtra peut-être banal, que se produisent les suppurations ; le chirurgien fera bien, dans certaines circonstances, d'ordonner aux personnes qui ne sont pas ses aides immédiats, et qui sont présentes à l'opération, de ne toucher à quoi que ce soit sous aucun prétexte. S'il s'aperçoit qu'une infraction est commise à ses ordres, par exemple qu'une pince est saisie par une main non désinfectée, il s'abstiendra de s'en servir. Enfin l'opérateur et ses aides, une fois désinfectés, ne porteront pas leurs mains sur des point de leur corps qui n'auront pas été soumis à l'action des solutions antiseptiques. Cette proposition n'a pas besoin d'être développée. Dans le même ordre d'idées, nous ajouterons que le malade, sous le chloroforme, enlève parfois les compresses qui recouvrent le champ opératoire ou les porte la région sur laquelle on va agir, en un point du lit qui n'est pas garni par des compresses de sublimé ou d'eau phéniquée.

(1) Suite : Voir n° 3.

Digitized by Google

Il est alors de toute nécessité de procéder à une nouvelle désinfection du champ opératoire.

Nous n'avons nullement la prétention d'avoir exposé, dans les lignes qui précèdent, toutes les règles de l'antisepsie préopératoire ; mais nous croyons en avoir dit assez pour le cas particulier que nous avons choisi comme type, c'est-à-dire celui d'une amputation sur des tissus sains pour une lésion traumatique, et nous pensons qu'en se conformant à des petits conseils pratiques, on n'aura guère de reproches à se faire. La région est parfaitement asepsiée, les instruments purifiés, l'opérateur et ses aides ne peuvent transmettre par leurs mains les germes morbides ; et nous voici en mesure de commencer notre amputation.

Dr Henri Rieffel.

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

A..., le 25 mars 1890.

A propos de la répression de l'exercice illégal de la médecine.

Le Journal des praticiens appelle l'attention sur la la difficulté qui existe, avec la loi actuelle, et qui existera, avec celle que l'on prépare (sauf modifications), à défendre les médecins contre l'exercice illégal de la médecine. Le fait suivant prouve que, même quand ils ont l'occasion de sévir, les tribunaux se montrent pleins de tendresse pour les *rebouteurs*.

Quant à la distinction que l'on veut faire entre l'exercice avec usurpation de titre ou non ; cela ne signifie rien. C'est un prétexte pour donner des circonstances atténuantes au rebouteur qui ne se dit pas docteur, mais non pour faire punir plus sévèrement celui qui prend des titres faux et qui n'exerce ordinairement que dans les grandes villes.

Voilà le fait :

A la suite d'une rixe, un individu tombe à terre et se fait une fracture de jambe probablement compliquée. On le rapporte chez lui, et, en l'absence des médecins habitant la localité, on va, (mais le lendemain seulement), chercher un rebouteur célèbre que je ne nomme pas pour ne pas lui faire de réclame au delà de Figeac (où il y a six médecins).

B. C... l'homme en question, mennier de son état, panse le malade. Quinze jours après, il trouve que l'état ne fait qu'empirer et il conseille de faire appeler un confrère (qu'il désigne) et qui, plus tard, a fait défendre sa conduite lors du procès. Deux heures après l'arrivée du médecin, le blessé meurt.

Douze jours plus tard, le parquet prévenu par la rumeur publique, fait exhumer le cadavre. On constate une fracture compliquée et esquilleuse, un phlegmon diffus partant de la plaie (parties inférieures de la jambe), et occupant toute la cuisse.

Le rapport de l'expert est formel ; la cause première de la mort est la fracture, mais le rebouteur a commis une imprudence grave en assumant la responsabilité de ce traitement ; sa négligence et son incompétence ont été les causes indirectes du décès. En somme, (et la jurisprudence le permet), il pouvait être poursuivi et condamné pour homicide par imprudence. Il suffit, en effet que son intervention ait empêché d'appeler un plus compétent pour que le rebouteur soit passible des peines attachées à ce délit ; notre confrère établit que, depuis huit ans qu'il exerce, une seule fracture compliquée, soignée par un médecin, a entraîné la mort dans tout l'arrondissement et que, par suite, le blessé soigné convenablement devait guérir.

Le tribunal acquitte le rebouteur de ce chef, mais le condamne à 16 fr. d'amende pour exercice illégal de la médecine. Il est vrai que les débats avaient établi qu'il était rebouteur il y a des années, et que, dans le cas actuel, il avait touché un cadeau et 40 francs en argent !

Quelques jours après notre confrère était appelé en consultation dans la même région et apprit qu'on était venu chercher le même rebouteur pour une autre fracture.

C'est aujourd'hui, une victime et un martyre à 16 francs d'amende !

Pourquoi un rebouteur cesserait-il de faire de la médecine, quand cela ne lui coûte que 16 francs de loin en loin alors que le pauvre médecin reçoit annuellement et régulièrement une feuille de patente autrement chargée !

Dr X... (1)

Oyonnax, 26 mars 1890

Une incompatibilité du calomel.

Au sujet des incompabilités du calomel dont M. Huchard parle dans le *Journal des Praticiens* du 19 mars dernier, la suivante n'a été, je crois, signalée nulle part.

Il s'agit de la prescription simultanée d'un sel d'antimoine, réunie par exemple avec le calomel.

Dans ce cas, il se forme un chlorure d'antimoine extrêmement toxique.

Dans certaines affections cardiaques avec œdème des extrémités, hypostase pulmonaire, le praticien pourrait prescrire, en pilules, ces deux médicaments.

Il est bon qu'il sache que ces deux corps, au contact l'un de l'autre, donnent lieu à une combinaison chimique jouissant de propriétés très-actives. Dr Fiessnger

TRAVAUX ORIGINAUX

THÉRAPEUTIQUE

L'exalgine et ses dangers

par M. le Dr Prevost (de Genève)

Un des médicaments les plus récemment annoncé, avec passe port à l'appui, pour nous servir des termes pittoresques de M. Falk, est la *méthylacétanilide* désignée par MM. Dujardin-Beaumetz et Bardet sous le nom d'*exalgine*, à cause des vertus analgésiques qu'elle possède et qui seraient supérieures jusqu'à présent à celles des autres médicaments analogues. Il est bon de donner quelques détails sur la manière dont cette substance est entrée dans la thérapeutique. M. Amé Pictet, en a rendu compte dans un récent mémoire. M. Pictet étudiant depuis quelques années les divers anilides et leur mode de préparation, et arriva, en collaboration avec M. P. Crépieux, à un procédé chimique plus simple que celui qui ait été employé par Hepp et qu'il expose dans son travail (2)

« J'ai pensé, dit-il, qu'il serait intéressant de comparer les propriétés physiologiques des autres anilides avec celles de l'antifébrine, et que de cette comparaison pourrait résulter quelque donnée nouvelle

(1) Pour des motifs aisés à comprendre, nous taisons le nom de notre distingué correspondant.

(2) Cet article est extrait d'un intéressant mémoire que M. Prévost vient de publier dans la *Revue de la Suisse Romande* (mars, 1890).

Digitized by Google

sur les relations qui existent entre la constitution des corps et leur action sur l'organisme.

« Parmi les différentes anilides que j'avais entre les mains, la méthylacétanilide me semblait tout naturellement réclamer une étude de ce genre. En effet, bien que la constitution chimique des alcaloïdes végétaux soit loin d'être aujourd'hui entièrement élucidée, on sait qu'un nombre restreint de ces corps possède le groupe NH que renferme l'acétanilide, la plupart d'entre eux et ceux en particulier qui constituent les médicaments les plus précieux, comme la morphine, la cocaïne, l'atropine, la quinine, possèdent le groupe N—CH, dérivant du premier par substitution du radical méthyle à l'hydrogène. L'antipyrine, parmi les composés artificiels, est dans le même cas. La méthylacétanilide, qui diffère de l'antifébrine par la présence de ce même radical dans la molécule, devrait donc, selon toute probabilité, posséder des propriétés physiologiques se rapprochant davantage de celle des alcaloïdes que je viens de citer. Elle devrait en outre présenter comme médicament un certain avantage sur l'antifébrine, résultant de sa beaucoup plus grande solubilité.

« Ces considérations m'engagèrent, il y a environ un an, à prier MM. les Drs J.-L. Prevost et Paul Binet, de soumettre la méthylacétanilide à quelques expériences sur les animaux. Les résultats de ces recherches qui furent étendues dans la suite à d'autres anilides ont été publiées par M. P. Binet, dans la *Revue médicale de la Suisse romande* (avril et mai 1889). »

On connaît le résultat de ces recherches. M. Binet a décrit les convulsions et les phénomènes de cyanose que produisent la méthylacétanilide, même à faible dose ; la solubilité de ce corps le rend plus actif, mais en même temps plus dangereux que l'acétanilide dont l'insolubilité rend l'expérimentation difficile. Aussi M. Binet concluait-il que ce n'est qu'avec une sage réserve que l'on peut songer à introduire ce corps en thérapeutique, conclusion analogue que celle qu'avait formulée M. Hepp quelques années auparavant.

Entre temps, M. Revilliod était cependant disposé à essayer cette drogue à l'Hopital cantonal, mais ajoute M. Amé Pictet, « au moment où il allait entre-« prendre cette étude, parut dans les comptes rendus « de l'Académie des Sciences (mars 1889), une com-« munication de MM. Dujardin-Beaumetz et Bardet « sur les propriétés analgésiques de la méthylacéta-« nilide. Ce corps leur avait été fourni pour être exa-« miné au point de vue de ses propriétés physiologi-« ques par MM. Brigonet et Naville que j'avais, en « leur qualité de fabricants de produits dérivant de « l'anilide, informés des premiers résultats obtenus « par M. Binet ».

On sait que Hepp et Cahn ont déjà étudié en 1883 la méthylacétanilide. Ils avaient montré qu'à dose moyenne (1 gr.) elle amenait rapidement la mort d'un lapin en produisant de violentes convulsions. Aussi avaient ils conclu au rejet, comme antithermique, de ce corps dangereux à manier. L'ayant administré à la dose de 0,75 à une malade phtisique, ils observèrent des vertiges et des convulsions qui mirent la vie de celle-ci en danger.

Le 18 mars 1889, MM. Dujardin-Beaumetz et Bardet présentèrent à l'Académie des Sciences le résultat de leurs premières recherches sur un corps qu'ils désignèrent sous le nom d'*orthométhylacétanilide*, et qu'ils reconnurent plus tard être de la *méthylacétanilide* : ils signalèrent ses propriétés analgésiques. Depuis lors, ces auteurs firent plusieurs communications sur ce sujet. En étudiant ce corps comparativement avec les composés aromatiques, ont cru pouvoir établir, à l'égard de leur action, une loi qu'ils résument ainsi :

Tous les aromatiques ont une action physiologique qui ne diffère que par le degré d'énergie et sont à la fois *antiseptiques*, *antithermiques* et *analgésiques*, mais une de ces propriétés est toujours dominante.

L'*antisepsie* serait dominante dans les composés *hydratés*, genre alcool, tels que les *phénols*, *naphtols*, etc., et les composés similaires, tels que les *oxyphénols*.

Les composés *amidogénés*, tels que la *kairine*, la *thalline* et leurs dérivés *acétylés*, tels que l'*acétanilide*, amènent surtout une action *antithermique*.

Enfin, on verrait s'exalter l'action *analgésiante* lorsque les corps amidogénés sont transformés par la substitution à l'hydrogène libre d'un radical hydrocarburé de la série grasse et particulièrement d'un radical méthyle. C'est ce qui se passe pour l'*antipyrine*. C'est également ce que l'on constate pour l'*exalgine*, dont l'action est très différente de celle de l'acétanilide qui, pourtant, s'en rapproche beaucoup au point de vue chimique.

M. Hepp, dans un récent article, discute et combat cette manière de voir en se basant surtout sur ce que l'acétanilide, qui, d'après la théorie, devrait être le type des antithermiques, serait actuellement classée parmi les analgésiques.

Nous ne pouvons entrer ici plus avant dans le débat qui s'est engagé relativement à cette théorie, mais constatons que, dans leur réponse, MM. Dujardin-Beaumetz et Bardet, tout en contestant le danger que M. Hepp attribue à la méthylacétanilide « recom-« mandent cependant de ne pas employer ce corps « chez les fébricitants, non plus que les autres dro-« gues capables de provoquer des dépressions dan-« gereuses dans des affections où l'état général a be-« soin, au contraire, d'être tonifié et relevé. »

C'est là une sage réserve, à laquelle je ne puis que m'associer, et qui confirme ce que j'ai dit plus haut.

MM. Dujardin-Beaumetz et Bardet réservent à la méthylacétanilide le rôle uniquement analgésique et conseillent de ne pas dépasser les doses de 40 à 50 centigrammes.

Les journaux médicaux ont déjà amplement rendu compte de ces recherches et des conclusions de MM. Dujardin-Beaumetz et Bardet, mais je crois que, devant la réclame qui se fait actuellement dans notre ville et ailleurs au sujet de cette substance nouvellement introduite en médecine, il est bon de rappeler à nos confrères la *prudente réserve* que leur recommande si sagement, M. Binet, à l'exemple de M. Hepp, et à laquelle souscrivent aussi MM. Dujardin-Beaumetz et Bardet.

La méthylacétanilide est un corps plus dangereux que l'antipyrine. Elle est aussi plus dangereuse que l'acétanilide (antifébrine), vu sa solubilité, et il est bon d'être circonspect dans son emploi, surtout avant qu'une expérience plus mûrie fixe bien la variété des accidents qu'elle peut provoquer.

Voici, en particulier, à ce sujet, un accident publié en Angleterre qu'il est intéressant de connaître :

Digitized by Google

T. Jessope Bornham and Lloyd Jones: on two cases of poisoning by Anilides (exalgine and antifebrin). (*Brit. med. Journ.* 8 févr. 1890, p. 288). Mlle M. L., âgée de 22 ans, était atteinte de myélite, avec fortes douleurs du dos et des lombes. Pas d'élévation de température. Le 3 juin, on lui administra de l'exalgine (méthylacétanilide), dans le but de calmer les douleurs. Du 3 au 8 juin, le remède fut administré à la dose de 0,13 gr.) trois fois par jour. La dose fut ensuite doublée, mais comme cela ne suffit pas, elle fut encore augmentée et portée à gr. (0,40) trois fois par jour et continuée jusqu'au 17 juin, jour où apparurent des symptômes d'empoisonnement. A 10 h. 30 du matin, le 17 juin, les lèvres et les joues prirent une coloration bleuâtre, le pouls devint petit et compressible, sans s'accélérer, la température restant normale. Quoique ces symptômes ne fussent pas réellement inquiétants, on suspendit le remède et l'on ordonna 8 gr.) de cognac chaque heure. La malade se plaignit alors de nausées et de vertiges, d'obnubilations de la vue et de pesanteur à l'épigastre.

A 3 h. 30 de l'après-midi, on fit quelques inhalations de nitrite d'amyle, ce qui augmenta considérablement la cyanose et produisit une notable dilatation des vaisseaux. Il devint manifeste que le sang était profondément modifié dans sa constitution. La cyanose continua à s'accroître et, à 3 h. 45, la malade vomit, ce qui augmenta encore la cyanose.

A 4 h. 10, le nez, les lèvres et les joues étaient très fortement cyanosés, une salive mousseuse s'écoulait de la bouche. Mlle M. fut prise de délire et ne reconnaissait personne. Les pieds n'étaient ni bleus, ni froids. La température était de 37 F. (37,7), le pouls à 142, tout à fait petit, régulier, dépressible. On augmenta les stimulants, on fit des injections hypodermiques de strychnine et on administra une potion contenant de la teinture de digitale. L'état s'améliora et à 9 h. du soir, la cyanose cessa. La malade dormit toute la nuit et n'offrit plus de symptômes inquiétants.

Suit une observation d'empoisonnement analogue, dû à l'acétanilide monobromurée et à l'acétanilide poussées, il est vrai, à des doses excessives, qui n'occasionnèrent cependant pas la mort, mais des phénomènes de cyanose inquiétants.

Mme K. B., âgée de 43 ans, sujette à des migraines, fut atteinte de plusieurs attaques le 6 juin, peu après un voyage. Elle avait été soulagée souvent par l'antipyrine, dont l'action était devenue moins certaine. L'acétanilide, à la dose de 5 grammes, avait généralement calmé ses douleurs. Un peu avant la date de l'accident en question, on pensa que l'addition d'un atome de bromure rendrait l'acétanilide plus active comme analgésique ; on employa en conséquence un échantillon d'acétanilide monobromurée.

On remit à la malade deux poudres de 0,25 chaque pour qu'elle en fit usage dans son prochain accès de migraine. A 10 h. 30 du matin, la malade prit une de ces poudres et, n'ayant éprouvé aucun soulagement, prit la seconde à 11 h. Elle remarqua alors que ses lèvres étaient bleuâtres, mais ne s'en inquiéta pas. Comme la céphalalgie ne cédait pas, à 11 h. 30, de son propre mouvement, elle prit 0,30 d'acétanilide, dose qu'elle répéta à 12 h. 5 et à 1 h. sans soulagement de la céphalalgie. Elle eut bon appétit à son déjeuner, mais remarqua qu'elle était cyanosée, et elle confessa qu'elle se sentait comme empoisonnée et très vertigineuse. Elle prit un peu de whisky et se coucha ; le mal de tête devint plus violent.

A 3 h. de l'après-midi environ, ses vêtements lui parurent serrés et elle eut la sensation de suffocation. Elle éprouva bientôt une douleur qui partait de la région cardiaque et s'irradiait soit dans l'épaule gauche, soit aux extrémités des doigts. Elle était absolument incapable d'appeler quelqu'un à son secours et ne tarda pas à perdre connaissance. Peu après elle reprit cependant connaissance et conserva du vertige, du mal de tête ; la douleur du bras réapparaissait à propos de tout mouvement.

A 5 h. du soir, son état était le suivant : Pouls à 108, facilement dépressible, respiration 24. Température, (37,2), cœur faible, murmure systolique mitral à la pointe, intellect normal, mouvements du bras toujours douloureux, tendance à fermer les yeux ; interrogée à cet égard, elle répondit qu'elle ne pouvait ouvrir les yeux parce qu'elle était comme ivre. Bientôt elle eut faim et soif et prit un peu de thé avec du pain et du beurre. La cyanose était moins intense que dans l'après-midi.

A 8 h. le cœur était très faible ; on administra 1/100 (0,0006) de grain de nitroglycérine. Il se produisit une forte dilatation des vaisseaux, une augmentation de la cyanose. Le cœur était si faible, qu'on n'en percevait pas les battements. On administra alors de l'alcool, de la strychnine et de la digitale, et la cyanose diminua. A 11 h. du soir, la température était de 37,8, le pouls à 120, mou ; 28 respirations. Le moindre mouvement provoquait de la faiblesse, il y avait toujours de la douleur de l'épaule et du bras ; la céphalalgie n'avait pas diminué, mais la cyanose était moindre.

Le matin suivant, à 11 h. la température était de 36. La malade n'avait pas dormi de la nuit, mais la cyanose avait presque complètement disparu, la céphalalgie était moindre, le pouls plus fort, les mains manifestement enflées. On ordonna un traitement stimulant, et le soir la malade était rétablie. L'urine ne contenait ni sang, ni albumine. Il n'y eut pas d'anémie marquée à la suite de ces accidents.

En résumé, je dirai que je ne viens point ici attaquer, ni contester les résultats heureux que quelques-uns des nouveaux remèdes introduits en thérapeutique et la méthylacétanilide en particulier ont pu fournir jusqu'à présent ; mais je tiens à mettre en garde mes confrères contre la confiance aveugle que l'on accorde trop complaisamment aux nouveaux médicaments quand ils sont encore trop imparfaitement connus dans leurs effets.

L'aphorisme *primum non nocere* est toujours vrai ; ne l'oublions pas et défions-nous surtout dans la série des produits synthétiques de ces corps qui produisent facilement la cyanose et le refroidissement central, tel que cela est le cas pour la méthylacétanilide. Quant à moi, comme le sont souvent les expérimentateurs, je suis peut-être trop timide en clinique ; mais je l'avoue, quand je prescris ces nouvelles séries de médicaments, je suis heureux et réellement soulagé quand le lendemain mon malade me fait la réponse que nous avons tous souvent entendue : *Eh bien, docteur, vrai, votre remède ne m'a pas fait de mal.* J'ajoute à part moi : c'est déjà quelque chose !

FORMULAIRE DU PRATICIEN

Syphilis et dermatoses

I. — Traitement général de la syphilis par les applications externes. — Pour toutes sortes de raisons on a essayé de substituer à l'ingestion des composés mercuriaux par la bouche, un mode de traitement plus simple, plus facile à dissimuler et surtout moins irritant pour les voies digestives.

Les frictions à l'onguent napolitain répondent à ce désidératum, mais comportent encore quelques inconvénients, en particulier celui de renouveler les applications tous les jours, celui d'avoir à nettoyer les endroits frictionnés. Aussi sont-ils la cause de la négligence des malades à s'astreindre rigoureusement aux prescriptions du médecin, quand d'autres motifs ne les engagent pas à éluder le traitement.

Comme il importe que le traitement soit bien fait et fait en temps opportun, on a cherché à soigner le malade presque malgré lui ; c'est ce but qu'on se propose par les

Digitized by Google

injections sous-cutanées de sels mercuriels insolubles. Mais celles ci ont encore des désagréments locaux ; douleur, induration voire même suppuration, si l'on n'est pas très aseptique et cause parfois des intoxications.

Pour tourner la difficulté M. Quinquaud a songé à l'emploi et fait usage dans son service de l'emplâtre au calomel. Appliqué sur la peau, le calomel se transforme petit à petit en sublimé, grâce au chlorure de sodium de la sueur, le malade porte ainsi avec lui une source permanente de sublimé. La composition de l'emplâtre est la suivante :

Emplâtre diachylon	800 gr.
Calomel	200 gr.

Le mélange est étendu en couche mince sur une toile dont on découpe des morceaux de 10 centimètres sur 20, pour les hommes ou de 10 sur 10 pour les femmes, qu'on applique sur une région à peau fine, et qu'on laisse en place aussi longtemps que possible.

L'absorption du médicament par la peau est prouvée par l'examen des urines qui décèle la présence du mercure, par l'amendement des manifestations syphilitiques et par la gingivite. Lorsque celle-ci apparaît on peut enlever l'emplâtre ou en restreindre les dimensions, dès que cette mesure semble nécessaire; c'est un des grands avantages de la méthode. H. G.

Un traitement du prurit sénile. — Recommandée par M. Besnier cette médication consiste dans la balnéation et l'emploi des poudres suivantes.

1° Balnéation. — On prescrit des bains généraux amidonnés, et de plus la balnéation locale des régions malades dans l'eau à 40 degrés additionnée pour chaque litre de la solution suivante :

Acide phénique	1 gr.
Vinaigre aromatique	50 gr.

2° Poudres. — Au sortir du bain la région est poudrée avec le mélange ainsi formulé :

Salicylate de bismuth	20 gr.
Amidon pulvérisé	90 gr.

Ou bien :

Acide salicylique finement pulvérisé	20 gr.
Amidon pulvérisé	180 gr.

Ces poudres sont adhérentes sur les parties malades. Ch. E.

VARIÉTÉS

L'opération de la cataracte chez les Arabes. — Dernièrement, dans les *Archives de médecine militaire*, M. le Dr Glèse, a publié la note suivante :

« Le hasard, écrit-il, l'ayant mis en relations avec un Arabe de Chellala, lequel passait dans le pays pour guérir la cataracte, il obtint des renseignements sur l'origine de sa science et sur les instruments dont il se servait.

« J'ai appris ce que je sais, répondit-il, à l'École de médecine de Fez, dans le Maroc ; je ne sais pas guérir d'autre maladie que la cataracte ; j'ai déjà fait cette opération une cinquantaine de fois ; voici l'unique instrument dont je me sers et qui m'a été donné par mon père, lequel s'occupe aussi de cette maladie. Je connais, ajouta-t-il, une femme des environs de Chellala, atteinte de cataracte, et qui désire se faire opérer ; demain nous partirons ensemble, et je pratiquerai l'opération devant vous. » Ainsi fut-il convenu, et le lendemain, dans l'après-midi, nous nous rendions auprès de cette femme, qui habitait une tente à 4 kilomètres environ de Chellala. Âgée de 60 ans environ, elle est atteinte de cataracte double demi-molle, remontant à 5 ou 6 ans environ.

Sa vue a diminué progressivement, et aujourd'hui elle peut à peine distinguer le jour de la nuit.

La malade est assise sur un tapis étendu par terre ; c'est sur ce même tapis qu'elle restera couchée jusqu'à sa complète guérison. Son fils, placé derrière lui soutient la tête entre les mains. Pendant ce temps, le chirurgien prépare le pansement qui sera appliqué après l'opération. Pour cela il s'est fait apporter deux œufs et une certaine quantité de laine de mouton bien blanche. Avec cette laine, il fabrique deux petits coussinets ou tampons, ainsi qu'un large bandeau devant recouvrir le tout, et dont deux extrémités sont effilées avec les doigts et serviront de liens pour maintenir le pansement. Les œufs ne seront utilisés qu'au moment de l'application de l'appareil. Le pansement préparé, et la malade placée comme nous venons de le dire, le chirurgien adresse une prière à Mohamed Rassoul Allah ; il retire ensuite de l'une de ses poches un étui métallique où se trouvent deux ou trois poinçons en argent à l'extrémité légèrement émoussée ; il en choisit un et se met en devoir de pratiquer l'opération ; c'est une sorte de poinçon dont l'extrémité émoussée ne semble pas devoir être très favorable à la pénétration de l'instrument à travers le globe de l'œil. L'opérateur devra en effet employer une certaine force pour pénétrer dans la chambre postérieure de l'œil.

L'opérateur se place vis-à-vis de la malade ; l'œil gauche est opéré le premier ; avec le pouce et l'index de sa main gauche, il maintient les paupières écartées ; tenant son instrument de la main droite, à peu près comme une plume à écrire, il pique le globe de l'œil à 3 millimètres environ en dehors de la cornée et pénètre sans hésitation dans la chambre postérieure de l'œil ; ensuite, par des mouvements combinés d'élévation, d'abaissement et de circumduction, il cherche à broyer le cristallin opacifié et à en disséminer les débris... Lorsque la pupille a recouvré sa transparence, l'opérateur retire son instrument et maintient l'œil fermé pendant quelques instants. Au bout de ce temps, il commande à la malade d'ouvrir son œil et de compter les doigts de la main qu'on lui présente ; elle le fait presque sans hésitation et ne se trompe pas ; elle reconnaît très bien un œuf qu'on lui présente ; elle distingue de même très bien les différentes couleurs de notre képi. L'opération a été faite sans la moindre hésitation de la part de l'opérateur et a duré environ dix minutes. L'œil droit a été opéré immédiatement après et par le même procédé. La durée totale des deux opérations a été de vingt minutes environ.

La patiente a supporté avec beaucoup de courage et presque sans pousser une plainte ces deux opérations successives ; car, il est à peine besoin de le dire, l'opérateur ne connaît pas encore les bienfaits de la cocaïne.

Le pansement a été des plus simples. L'opérateur, prenant les deux tampons de laine préparés à l'avance, a répandu sur l'une de leurs faces le blanc des œufs qu'il s'était fait apporter, et les a appliqués sur les yeux. Par-dessus le tout, il a placé le bandeau de laine, dont les deux extrémités effilées, après avoir passé derrière la nuque, sont venues se fixer à la partie antérieure du front.

Digitized by Google

La malade est mise au lit sur le côté droit. Elle a été opérée, la tête reposant sur un coussin. Un grand voile noir la recouvre de la tête aux pieds, pour empêcher la lumière d'arriver jusqu'à elle. Le chirurgien, avant de partir, lui recommande expressément de ne faire aucun mouvement avec la tête ; elle ne devra pas quitter la position horizontale dans le décubitus dorsal, jusqu'à ce qu'elle y soit autorisée. Le pansement devra rester sept jours en place. Deux jours après l'opération, nous revenons auprès de la malade. Celle-ci n'accuse aucune souffrance ; sur notre demande, le chirurgien veut bien soulever légèrement les pièces du pansement ; il n'existe aucune trace d'inflammation extérieure. Nous devions retourner auprès de la malade le septième jour après l'opération pour enlever définitivement le pansement, lorsqu'on nous apprit qu'elle était partie la veille, avec toute sa famille du côté de Biarritz, à 100 kilomètres environ de Chella. D'après les renseignements recueillis par le médecin qu'il avait opéré, son état était aussi satisfaisant que possible à son départ.

NOUVELLES MILITAIRES

Nominations dans le corps de santé militaire (Activité).

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. Talon.

Au grade de médecin principal de deuxième classe : MM. Richard et Wilicens.

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Du, Martin, Passabosc.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Ott, Pascaud, Ferrain, Bonamy, Prunieras.

Nominations dans le corps de santé de la marine (Activité).

Au grade de médecin auxiliaire de 2me classe : MM. les médecins auxiliaires de 2me classe : Junier, Vatteur, Blanc et Chauveau.

INFORMATIONS

PARIS

La pénurie des cadavres aux amphithéâtres d'anatomie de la Faculté. — Dans le rapport de M. le Dr Brouardel, au Conseil académique, nous relevons le passage suivant et nous tenons à nous associer aux judicieuses réflexions formulées par le doyen de notre Faculté.

« Par une mesure plus humanitaire que scientifique, le « Conseil municipal de Paris a déclaré que les inhumations de « tous les corps sortant des hôpitaux seraient gratuites, dès « que ceux-ci seraient réclamés par les membres de la famille « ou par un ami. En deux ans le nombre des cadavres dont nous « pouvions disposer pour les dissections a diminué de moitié. « Nous n'avons plus à donner par an qu'un cadavre à l'étudiant « que les réglements obligent à disséquer.

« Or la Faculté de médecine possède depuis plusieurs siècles « la réputation d'être une *École d'anatomie*. Tous les ans des « docteurs étrangers, venant de l'Angleterre et de l'Amérique « du Nord et du Sud, arrivent à Paris pour rafraîchir leurs souvenirs anatomiques ou prendre des leçons de médecine opératoire. Cette année, nous avons dû refuser de fournir à 152 « docteurs étrangers cet enseignement que, confiants dans la « tradition, ils étaient venus nous demander. Ils ont pris alors « le chemin de Berlin et de Vienne. Nous nous efforçons de « retrouver, dans des asiles, dans des dépôts de mendicité « même éloignés de Paris, ces cadavres qui nous manquent. « Nous comptons sur le concours des pouvoirs publics pour « conserver notre antique réputation d'École anatomique. »

Ce fait et d'autres non moins graves méritent l'attention des pouvoirs publics. Si l'humanité a ses devoirs, la science a des droits. Ne peut-on donc concilier les uns avec les autres ?

Récompenses aux membres des Conseils d'hygiène. — Le ministre de l'intérieur a décerné les récompenses suivantes aux médecins ci-après désignés, pour leur participation aux travaux des conseils d'hygiène pendant l'année 1886 : 1° Une *médaille d'or* à M. le Dr Lacassagne (de Lyon) ; 2° une *médaille d'argent* à MM. les Drs Pujos (d'Auch), et Lhuissier (de Rennes) ; 3° une *médaille de bronze* à MM. les Drs Guede et Mangenot (de Paris), Blanquinque (de Laon), Fouquet (de Vannes), Tourlet (de Mézières), Massot (de Perpignan), Durand (de Saint-Nazaire) et Mabille (de Lafond près la Rochelle).

DÉPARTEMENTS

L'épilogue de l'affaire des médecins de Rodez. — A la suite du jugement par lequel le tribunal relaxait nos estimés confrères de la condamnation prononcée par le juge de paix, la cour de Cassation vient sur le pourvoi formé par le procureur de la République de Rodez, la chambre criminelle conformément aux conclusions de M. l'avocat général Bertrand, vient de casser leur décision.

L'arrêt de la cour suprême porte en substance :

« Il y a flagrant délit lorsque, comme dans l'espèce, à la suite de la disparition d'une jeune fille, son cadavre est retrouvé dans un lieu public.

« Sont donc en contravention les médecins qui, requis par le juge d'instruction de faire les constatations urgentes et techniques, ont opposé à deux réquisitions dont la première datait du lendemain de la découverte du cadavre et dont la seconde a été renouvelée trois jours après, un ensemble de résistances pour se dérober à des ordres réitérés de justice, s'appliquant à une seule et même affaire et à l'accomplissement des mêmes devoirs. »

ÉTRANGER

AUTRICHE. **Les étudiants en médecine dans les Universités autrichiennes.** Leur nombre a diminué pendant l'année actuelle. En 1889, on en comptait 5,666 ; cette année on en compte 5.030, dont 2.076 pour l'Université de Vienne. La moins peuplée des facultés de médecine est Insprukk où il n'existe que 282 étudiants en médecine.

LA HAVANE. — **La mortalité en 1889.** Sur 201.448 habitants il y a eu 5.923 décès, dont 313 par la fièvre jaune, 149 par la fièvre pernicieuse ; 20 par la morve ; 3 par la rage ; 178 par la fièvre typhoïde 1,183 par la tuberculose et 40 par le tétanos.

NÉCROLOGIE

En France : M. *Trélat*, professeur à la faculté de Paris et *Werthemer* (de Paris).

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

VIVANT. — Les maladies épidémiques dans le midi. Traitement préventif d'après les travaux les plus récents. Brochure in-8 de 130 pages. Prix : 3 francs. (O. Doin, 1890, Paris.)

NICOT. — La chimie et la pharmacie, à l'Exposition universelle de 1889. Brochure in-8, de 50 pages. Prix : 1 fr., 50 (Paris, 1890 Doin.)

BERILLON. — La suggestion, ses applications à la pédiatrie et à l'éducation mentale des enfants vicieux ou dégénérés. Brochure in-8 de 20 pages. Prix : 1 franc. (Paris, 1890, O. Doin.)

Le Directeur-Gérant, Henri HUCHARD.

Paris — Imprimerie Décembre, 326, rue de Vaugirard.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE — N° 15 — 9 AVRIL 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD. — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ELOY

COMITÉ DE RÉDACTION : MM. Bar, E. Barié, Gingrot, Charles Maurin, A. Renault, Ruffer, Schmatz.

CLINIQUE MÉDICALE

Polyclinique générale de Vienne — M. le Dr Von Hebra.

Le traitement des variqueux.

Parmi les indications multiples que comporte le traitement de la variole, le soin de prévenir ou d'atténuer les cicatrices compte sinon pour une indication capitale, du moins pour un point non négligeable. C'est ce point de thérapeutique que M. Von Hebra développait dernièrement devant ses élèves.

Le meilleur moyen de n'avoir point de cicatrice consiste à rendre l'éruption le moins abondante possible. Dans ce but, on s'est adressé surtout à la médication interne, à l'acide phénique, au xylol, dont Œtvos (de Budapest), donnait 2 à 3 grammes, gouttes par gouttes, dans du vin de Malaga, en 24 heures, ou bien selon la formule suivante :

Xylol pur	3 grammes
Eau de menthe	ãã 50 gr.
Eau	
Sirop de cannelle	ãã 10 gr.
Mucilage de gomme arabique	

Une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Cependant les résultats obtenus ne vaudraient pas ceux qu'ont donnés les méthodes de Du Castel (deux injections sous-cutanées d'éther, 15 à 20 centigrammes d'extrait d'opium), celle de Bonamy (trois injections d'éther, 5 à 15 gouttes de perchlorure de fer liquide) et celle de Luton et d'Ory (3 à 4 injections de chlorhydrate de cocaïne à 2 0/0 et 0 à 5 à l'intérieur).

Tous ces moyens sont loin d'être infaillibles et l'on se trouve souvent en face d'un fait accompli, d'une éruption à son acmé. Il nous reste dans ce cas les moyens externes, qui ressortissent tous à la propreté, c'est-à-dire à l'asepsie et à l'antisepsie.

En première ligne viennent les bains prolongés de une à plusieurs heures, qu'on ne saurait trop recommander et qui n'ont presque pas de contre-indications. Sous l'influence de cette médication les pustules se vident de leur contenu, souvent sans l'aide de la lancette, qu'on emploie au besoin seulement et de façon à évacuer toute trace de pus.

Après le bain prolongé on saupoudre la peau avec le mélange suivant :

Acide salicylique	10 grammes.
Poudre de talc	ãã 50 grammes.
Poudre d'amidon	

Et on enveloppe le malade dans un drap humide et une couverture de laine.

Au bain suivant, on nettoie la surface cutanée avec le savon vert de potasse.

Drzewicki emploie l'amidon additionné de 20 à 30 °/° de calomel ; mais il faut veiller à l'intoxication possible.

Dans un même ordre d'idée que les bains on emploie les pommades, les onguents, et les emplâtres. Les pommades à l'acide phénique et au sublimé peuvent être toxiques, celles à l'iodoforme sont meilleures, et leur seul inconvénient est leur odeur. Anderson recommande la pommade à la résorcine jusqu'à 50 °/°. On en fait des onctions sur la peau et on recouvre avec des compresses et une bande.

Revillot utilise de la même façon le glycérolé d'amidon. Cependant il préfère encore l'emplâtre suivant :

FEUILLETON

La médecine au Japon (1)

Le personnel médical au Japon est très nombreux, beaucoup plus nombreux que dans aucun pays de l'Europe. Il serait difficile de trouver un village au Japon qui n'ait pas son médecin. On en compte soixante-dix mille dans tout le pays, chiffre relativement très élevé, comparé à la France, par exemple, où nous n'avons que dix-huit mille médecins et où bien des communes en sont dépourvues.

On divise les praticiens japonais dans les catégories suivantes :

1° *Isia* ou *Isi*, médecin dans la plus large acception du mot traitant les maladies externes et internes ; est aussi oculiste, chirurgien, gynécologiste et obstétricien ;

2° *Nai-kwa* ou *Nai-zi*, medicus purus seu internus, s'occupant exclusivement des maladies internes ;

3° *Gé-kwa* ou *Gwai-zi*, chirurgien faisant toute espèce d'opérations ;

4° *Sin-kwa* ou *Sin-zi*, praticien préconisant l'acupuncture et les moxas ;

5° *Me-Isia* ou *Gan-kwa*, oculiste ;

6° *Koo-tsiou-Isia* ou *Koo-tsiou-kwa*, médecin pour les maladies de la bouche ;

7° *San-Isia* ou *San-kwa*, accoucheur ;

8° *Honel-sougi* ou *Set-kots-Isia*, chirurgien pour les fractures et les luxations ;

9° *San-ba* ou *Toli-age-baba*, sage-femme ;

10° *Amma*, praticien exerçant la petite chirurgie avec les mains ou avec un instrument de son invention, ou masseur d'une manière spéciale.

Les praticiens les plus estimés appartiennent à la première catégorie. Ils exercent à la fois la médecine et la chirurgie, à l'exception de l'acupuncture et de l'application des moxas, ainsi que des artifices de l'Amma. Ils sont généralement de l'Ecole européenne.

Les catégories 5, 6, 7 et 8 sont, comme chez nous, représentées principalement dans les grandes villes. Ces spécialistes n'auraient pas assez à faire dans les petites communes.

(1) Fin : Voir n° 10, 7 mars 1890.

Digitized by Google

Emplâtre mercuriel	20 parties.
Savon de potasse	10 p.
Glycérine	4 p.

que Weidenbaum (de Dorpat), a modifié de cette manière :

Onguent gris	9 parties.
Savon de potasse	17 p.
Glycérine	50 p.

L'ichthyol, à la dose de 5 à 10 0/0, en pommade, rend aussi des services.

C'est sur le visage qu'il faut éviter à tout prix les cicatrices ; à cet effet on appliquait, il y a encore peu d'années, un masque enduit d'onguent diachylon et recouvert d'un autre masque de flanelle. Aujourd'hui, on y ajoute de 2 à 5 0/0 d'acide phénique ou 10 0/0 de sublimé. Kupferschmied fait un masque de gutta-percha, qu'il double de gaze iodoformée, fortement arrosée de glycérine.

Les emplâtres salicyliques à 10 0/0, à la résorcine à 2 à 5 0/0 servent au même usage ; il en est de même des emplâtres à la gutta-percha et à la pâte d'oxyde de zinc, seul ou associé d'acide salicylique, d'acide salicylique et de créosote, d'oxyde de plomb et d'acide phénique, d'iodoforme ou d'ichthyol, et des gélatines glycérinées aux mêmes substances, à la résorcine ou autres.

Parfois, il se développe, sur le front et sur le nez, une séborrhée intense ; les glandes sébacées sont gonflées, transformées en comédons et il existe des bourgeons charnus. Dans ce cas, il faut tout abraser avec une large cuiller tranchante et appliquer un pansement à la résorcine à 1 ou 2 0/0.

Lorsqu'on n'est consulté qu'après la constitution des cicatrices, il faut essayer de les atténuer. Les parties saillantes, bien isolées, peuvent être enlevées au bistouri ; les autres qui font relief seront polies avec le savon de sable (savon minéral) ou la poudre de marbre (Ellinger, Unna), ou bien simultanément avec du savon de résorcine, d'acide salicylique et de soufre, par exemple et à l'aide d'un morceau de flanelle trempé dans l'eau chaude. On panse les parties à vif avec la pommade à la lanoline, et 2 0/0 de résorcine, ou avec les autres emplâtres. Le traitement est long, un peu douloureux, pénible même ; mais les femmes surtout s'y soumettent avec résignation, malgré la longueur de l'attente, et l'imperfection des résultats.

H. G.

REVUE GÉNÉRALE

OTOLOGIE

Des différentes méthodes d'exploration de la fonction auditive

III. *Examen par la parole articulée.* — Parler avec netteté, d'une voix aussi égale que possible, sur un ton ordinaire, puis sur un ton plus élevé, et enfin en chuchotant, est la meilleure méthode d'exploration de la fonction auditive.

Il sera toujours bon de faire cette épreuve en obligeant le malade à répondre, ou mieux encore à répéter au fur et à mesure ce qu'il entend, ici encore, il y a des causes d'erreur : ainsi les différentes syllabes sont perçues à distances différentes ; aussi Wolff avait-il construit une échelle où toutes les lettres de l'alphabet étaient classées selon la perceptibilité.

IV. *Emploi du phonographe.* — Mais les différentes méthodes examinées jusqu'à présent manquent de précision. Les montres ont des tic-tacs différents, les instruments, tel que le diapasson, peuvent ne pas avoir une intensité égale à de différents moments, la voix présente des inflexions qu'elle ne retrouvera pas dans une seconde expérience. C'est ce qui conduisit Lichtwitz à présenter, au dernier Congrès international d'otologie, le phonographe Edison comme devant réaliser les meilleures conditions d'acoumétrie. En effet :

1° Il faut un instrument pouvant rendre tous les sons perceptibles pour une oreille normale.

Quant aux pratiques de l'Amma, elles sont souvent exercées dans les petites villes par les élèves en chirurgie, *Ge-kwa*, tandis que l'usage des moxas est connu comme un remède populaire dans les classes inférieures de la société japonaise.

Des pharmaciens, comme en Europe, n'existent pas au Japon. Il y a des boutiques *Ksou-ryâ*, où l'on vend des médicaments bruts en détail et en gros, indifféremment aux particuliers et aux médecins. Ces derniers préparent ou exécutent leurs prescriptions eux-mêmes.

***

Il y a une vingtaine d'années, on entretenait à la cour du Mikado et chez les principaux seigneurs de l'empire, plutôt comme personnel de luxe, un nombre défini de chacune des catégories de praticiens mentionnées plus haut. Le shogoun avait alors à son service personnel 17 isias, 7 nai-kwas, 5 ge-kwas, 3 sin-kwas, 3 me-isias, 2 koo-tsiou-kwas, 2 komet-sougis et 4 ammas ; ensemble 45 médecins. Un tiers au moins de ces praticiens était obligé de le suivre partout. Des personnes d'un rang beaucoup moins élevé avaient et ont encore aujourd'hui leurs médecins particuliers qui les accompagnent toujours.

***

La position sociale des médecins est au Japon à peu près la même qu'en Europe. Les médecins ordinaires appartiennent à la classe des fonctionnaires civils, etc. Ils portaient autrefois et ont encore aujourd'hui le droit de porter un sabre, et, comme les classes supérieures, un vêtement particulier appelé en japonais *Hakama*. Les médecins de l'empereur entrent par ce fait dans la classe des très nobles seigneurs et hauts fonctionnaires ou officiers supérieurs. Autrefois, tous les médecins, attachés à la personne de Sa Majesté ou des nobles, avaient la tête complètement rasée comme les prêtres bouddhiques. Les autres médecins se contentaient d'arranger leur chevelure d'une manière spéciale.

***

Tous les métiers, professions, emplois et dignités se transférant au Japon, sauf quelques rares exceptions, du père au fils ; il en est de même des médecins de l'ancienne école, avant l'existence de la Faculté de Tokio. Le fils aîné suit la carrière de son père, qui est souvent en même temps son professeur.

Les jeunes médecins de l'école chinoise s'occupent, jusqu'à l'âge de quinze ou seize ans, de leurs études secondaires ; ils

Digitized by Google

2° Il doit être une source sonore invariable, applicable comparativement chez plusieurs malades, ou chez le même individu à différentes époques.

3° Ce doit être un appareil uniforme, rendant son emploi universel.

Toutes ces qualités peuvent être remplies par le phonographe : il serait facile d'en faire un phonomètre, et de dresser des échelles acoumétriques, universelles, dont on userait à l'instar d'échelles optométriques.

B. Transmissions par les vibrations osseuses. — Lorsqu'on applique un corps vibrant sur le squelette du crâne, le diapason, par exemple, on sait que :

1° Si l'on bouche une oreille, le son est perçu par l'oreille obturée, de quelque côté qu'on applique le diapason ; mais le son est plus intense du côté croisé;

2° Si l'on bouche les deux oreilles, le son n'est plus perçu que par l'oreille opposée au point d'application;

3° Si les deux oreilles sont libres, l'oreille correspondante au point d'application, est ordinairement mieux impressionnée.

Différentes théories pour expliquer ce fait ont été avancées, entre autres que les vibrations, ainsi déterminées, produisent un double courant : l'un dirigé en dedans se transmet directement à l'expansion du nerf auditif organe de réception ; l'autre dirigé en dehors à la caisse du tympan, organe de transmission. Quelle que soit la théorie, ce fait expérimental a ses applications en pathologie ; si, chez un individu atteint de surdité, le diapason appliqué sur les os du crâne produit un son notablement plus intense du côté malade ou le plus malade, il est permis, d'après l'observation I, de conclure que la lésion siège dans un des points de l'appareil de transmission.

Mais si, au contraire, le diapason placé dans les mêmes conditions est perçu moins distinctement du côté atteint ou le plus atteint, on pourra supposer que l'affection existe dans l'appareil de réception. On voit combien l'exploration de la perception osseuse est importante pour le diagnostic des affections du labyrinthe difficilement explorable. Cependant il y a des causes d'erreur. Par exemple : on a constaté que si l'on place un diapason vibrant sur le maxillaire inférieur, au point exact de l'émergence de la troisième branche du trijumeau, le son, au lieu de se faire entendre également par les deux oreilles, ou même l'oreille la plus rapprochée ce qui est la règle générale, est perçu beaucoup plus fort par l'oreille du côté opposé et le phénomène est constant chez tout individu d'une ouïe normale.

Voilà donc un premier mode d'exploration qui a consisté à appliquer l'instrument en différents points du crâne sur les parties latérales.

Il doit être complété par une autre méthode fondée sur l'expérience dite de Weber. Quand on place le diapason sur la ligne médiane (diapason-vertex) chez un sujet sain, et si les deux oreilles sont libres ou saines, le son est également perçu des deux côtés, si l'on bouche (comme dans l'obs. I) le méat auditif droit, le son est perçu à droite. Chez un sujet malade, l'épreuve de Weber doit compléter les précédentes. Mais ici encore il peut y avoir des causes d'erreur : on a remarqué qu'un certain son sera entendu à droite, si l'instrument est appliqué sur la racine du nez, tandis qu'il le sera à gauche si l'instrument est placé quelques millimètres plus haut toujours sur la ligne médiane. Ou encore il faut être prévenu que deux diapasons de hauteur de son différente peuvent donner des résultats complètement différents : tel son sera mieux entendu à droite, et tel autre plus distinct à gauche. Aussi d'une seule expérience ne faudrait-il pas conclure que l'acuité audi-

---

apprennent les langues japonaise et chinoise, l'arithmétique, le dessin, la morale de Confucius et deviennent ensuite l'élève de leur père ou d'un autre praticien. Certains médecins célèbres, dans les grandes villes de province surtout, ont quelquefois jusqu'à 30 et 50 élèves et se font payer généralement très cher. Leur enseignement plutôt pratique que théorique consiste principalement à montrer aux élèves comment on traite les malades, et comment on prépare les médicaments. L'élève est obligé d'étudier la théorie de l'art à lui seul dans les livres.

A mesure que l'élève avance en âge et donne des preuves de ses progrès, le maître le laisse soigner des malades sous sa surveillance, en passant successivement des cas les plus simples aux plus compliqués. Ces études durent généralement de huit à dix ans, quelquefois plus longtemps. Il arrive aussi souvent que les jeunes médecins changent de maîtres afin de connaître plusieurs manières de guérir. L'élève se sent-il enfin de force à pouvoir exercer seul, il s'établit à son compte, la profession étant entièrement libre pour les praticiens de l'ancienne école.

MEYNERS D'ESTREY.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs *Trélat*, professeur à la Faculté de médecine de Paris, *Aybram* (de Carcassonne), *Roumieu*, ancien médecin de la marine, *Gaudin* (de Bastia) et *Champenois*, ancien médecin inspecteur de l'armée.

En Autriche : M. le Dr *Adam Handloroch*, assistant à l'Institut médico-légal de Vienne, décédé des suites d'une piqûre anatomique qu'il s'était faite en pratiquant une autopsie médico-légale.

En Angleterre : MM. les Drs *Kearney* (de Dublin), *Aquilla Smith*, ancien professeur de matière médicale à l'Université de Dublin et l'un des doyens du corps médical anglais ; *Crawford Pacok*, chirurgien de l'Institut des sourds-muets de Brighton, et réputé pour l'un des premiers collectionneurs de gravures en Angleterre.

Digitized by Google

tive est plus développée dans telle oreille, parce qu'elle accuse une plus grande netteté ; non, puisque une seconde expérience, faite sur un point différent de la ligne médiane, ou avec un son de hauteur différente, en même point, est quelquefois contradictoire. Mais nous conclurons en disant que 1° il faut employer des diapasons de différents tons ; 2° les appliquer en des points variables et renouveler plusieurs fois les mêmes investigations.

C. Transmission comparée des vibrations de l'air et du squelette. — Nous avons jusqu'ici étudié la transmission de l'acuité auditive par les vibrations de l'air d'une part, par le squelette osseux d'autre part. Disons maintenant quelques mots de la méthode de Rinne : troisième mode d'exploration combiné des deux précédents. Rinne compare l'excès de la conduction osseuse (ou *vice versâ*) sans frapper à nouveau le diapason. Voici comment on procède : le diapason est mis en vibration par un choc modéré sur une pièce de bois tendre et appliqué sur l'apophyse mastoïde au niveau de la ligne temporale. Aussitôt que le malade cesse d'entendre le bruit du diapason, on porte l'instrument devant l'oreille. Le résultat est dit positif (+) lorsque la conduction aérienne est supérieure à la conduction osseuse, comme à l'état normal, négatif (—) dans le cas opposé. Nous ne chercherons pas les déductions cliniques, ce serait sortir du cadre que nous nous sommes fixé.

D. Exploration par l'électricité. — L'exploration électrique, peu employée généralement, peut-être à tort, doit être regardée comme un auxiliaire précieux de diagnostic dans certaines maladies de l'oreille.

Le courant galvanique est un moyen que l'on peut mettre sur le même rang que l'ophtalmoscopie, en ce qui concerne l'exploration des extrémités périphériques du nerf optique. Mais contrairement à ce dernier mode d'exploration, les résultats sont fournis, non pas par l'examen direct, mais par des sensations provoquées par un courant et accusées par le patient.

C'est donc une méthode d'investigation subjective. Il faut, pour obtenir un résultat sûr, un sujet capable de rendre un compte exact de la perception auditive et de faire abstraction des impressions douloureuses, musculaires, etc. Aussi est-elle souvent impossible, aussi bien chez les enfants que chez les nerveux ou les individus d'une faible intelligence. Cet inconvénient, et aussi la nécessité d'appareils spéciaux, expliquent peut-être que ce procédé ne soit pas plus souvent appliqué. Mais la douleur ressentie est faible et facile à supporter, quand on emploie la méthode d'application externe.

Il suffit, en effet, d'une fraction de milliampère, pour provoquer une sensation auditive, quand l'irritabilité du nerf a subi un accroissement pathologique. Donc pratiquement, il suffit de constater sa présence ou l'absence d'une réaction par un courant de force modérée ; la force de courant nécessaire pour provoquer une sensation chez une oreille saine est assez élevée (au minimum 15 M. A.) ; il est inutile de l'atteindre car elle deviendrait assez douloureuse. Quant à l'instrumentation, le mieux serait d'avoir recours à un rhéostat métallique, un galvanomètre vertical de Hirschmann et une batterie de Stöhrer. Mais, à la rigueur, on peut se contenter d'employer n'importe quel appareil à courants continus, si l'on ne désire pas un résultat très précis, une évolution exacte en milliampères. On applique un électrode dans la région occipitale, l'autre dans la région mastoïdienne et puis on note dans la réaction :

1° La production et la durée de la sensation sonore ;

2° La hauteur de son perçu.

La réaction sonore se produit seulement au moment de l'irritation électrique. La durée et la hauteur du son perçu sont des facteurs importants, qui permettent de se rendre compte du degré de surexcitabilité du nerf. Dans l'expérience, on peut placer indifféremment les deux électrodes ; car l'action des deux pôles diffère non pas, dans la perception du son, mais par le degré de l'irritation produite.

ARNOULD
Interne des hôpitaux.

LE TRAITEMENT DES MALADIES

(REVUE BI-MENSUELLE DE THÉRAPEUTIQUE)

L'action physiologique des médicaments comparée à leur action thérapeutique.

Dernièrement, à l'Académie de médecine, on a émis cette idée que l'iodure de sodium n'a pas toutes les propriétés toxiques et physiologiques de l'iodure de potassium. A cela, je n'ai rien à dire. Depus longtemps la clinique, sans le secours de la physiologie, nous avait mis en garde contre la toxicité des sels de potassium, et c'est pour ce motif, c'est pour ne pas intoxiquer à la longue nos malades, que nous avons substitué avec juste raison l'iodure de sodium à l'iodure de potassium dans le traitement de toutes les affections artérielles. L'iodure de potassium est toxique et l'iodure de sodium l'est peu. La chose est entendue. Mais je ne sache pas qu'on ait jamais mesuré l'activité thérapeutique d'un médicament à son action toxique. A ce compte, le chlorure de potassium devrait être préféré au chlorure de sodium ! — Je m'étais appuyé, moi aussi, sur la physiologie, sur la physiologie clinique de Feltz et Ritter qui ont démontré, par leurs expériences mémorables, les dangers de la « potassiémie » ; je me suis appuyé sur des observations de plusieurs années qui valent bien des expériences de quelques minutes ou de quelques heures sur des animaux.

On a été jusqu'à prononcer — au nom de la physiologie — cette hérésie clinique et thérapeutique : L'iodure de sodium est un médicament presque inerte !.... Or, il faut toujours répondre aux hérésies, parce qu'elles font leur chemin bien mieux souvent que les vérités scientifiques les mieux démontrées. A ce sujet, il n'est pas inutile d'élargir un peu le débat, et de traiter cette question au point de vue général.

Les cliniciens se sont émus — plus que de raison — d'une affirmation qui tendrait à infirmer les remarquables résultats obtenus par eux dans le traitement des affections de l'aorte, de l'angine de poitrine, et des cardiopathies artérielles par l'iodure de sodium. Si l'on en croyait la phy-

Digitized by Google

siologie, malades et médecins se seraient étrangement trompés en constatant les bons effets de cet agent médicamenteux. Les malades me paraissent plus intéressants que les cobayes, et si les physiologistes s'appuient sur les seconds, les cliniciens ont bien le droit de prendre la défense des premiers.

Or, les physiologistes ont commis une première erreur, en pensant que les iodures de sodium ou de potassium agissent seulement à titre d'iodures ; il est plus juste de dire, comme l'a si judicieusement affirmé M. Eloy, qu'ils agissent comme *iodiques*, c'est-à-dire par l'iode qu'ils contiennent ; et il n'est pas inutile de rappeler que, les premiers en France, M. Eloy et moi, nous avons fait des expériences sur les animaux et sur *l'homme malade* dont j'ai fait connaître, il y a plusieurs années, le résultat à la Société de thérapeutique. Ces expériences *physiologiques* appuyées sur les observations *cliniques* — deux choses qu'il ne faut jamais séparer — ont démontré que la principale action des iodiques, que leur principal résultat thérapeutique résident dans l'abaissement de la tension artérielle. J'ajoute que, comme médicament *iodique*, l'iodure de sodium est préférable puisqu'il renferme des quantités d'iode, non seulement égales, mais supérieures à l'iodure de potassium.

C'est peut-être par les propriétés spéciales des iodiques sur la tension artérielle qu'ils parviennent à agir à la longue sur les parois artérielles qu'ils modifient au point de pouvoir résoudre à leur début les scléroses artérielles et guérir des anévrysmes aortiques.

A ce sujet, les physiologistes ont commis une seconde erreur : ils ont assimilé leurs expériences éphémères qui ne peuvent expliquer que certains phénomènes, à l'observation clinique qui peut s'exercer pendant plusieurs mois et même pendant plusieurs années et qui, seule, est capable de rendre compte de certaines actions thérapeutiques à longue échéance.

Les physiologistes se trompent encore lorsqu'ils prétendent dicter à la clinique leurs arrêts, et je crois utile de leur rappeler à ce sujet les paroles de Cl. Bernard :

« Il ne faut pas subordonner la pathologie à la physiologie. C'est l'inverse qu'il faut faire. Il faut poser d'abord le problème médical tel qu'il est donné par l'observation de la maladie, puis chercher à fournir l'explication physiologique, agir autrement, ce serait s'exposer à perdre de vue et à défigurer la maladie. »

Vous voyez que Cl. Bernard était plus clinicien que Gubler, lorsque celui-ci disait : « L'action physiologique des médicaments étant parfaitement connue, la thérapeutique ne sera plus qu'un corollaire de la physiologie. »

Les physiologistes se trompent toujours lorsqu'ils concluent par leurs expériences de l'animal à l'homme, et non de l'homme sain à l'homme malade. Ils savent bien que l'action physiologique d'un médicament est différente pour le même agent suivant les différents animaux ; il n'est pas inutile de leur rappeler que la grenouille rousse possède d'autres réactions physiologiques que la grenouille verte, que certains animaux sont absolument réfractaires à certains poisons, comme la belladone par exemple, tandis que l'homme est extrêmement sensible à ce dernier médicament. Hé bien, au point de vue des réactions physiologiques et thérapeutiques, il y a autant de différence entre l'homme sain et l'homme malade, qu'entre la grenouille verte et la grenouille rousse. Peut-on, dès lors, asservir l'observation clinique à la physiologie ?

Voici le sulfate de quinine : La physiologie m'apprend qu'il possède une action spéciale sur les globules blancs, qu'il diminue leur nombre et ralentit leurs mouvements amiboïdes :

Bien plus, la physiologie m'a démontré que ce même agent a le pouvoir de diminuer le volume de la rate. Alors, au nom même de la physiologie, le médicament de la leucocythémie est tout trouvé ? Pas du tout. La clinique démontre à la physiologie, comme Debove le fait si judicieusement remarquer (1), que le sulfate de quinine n'a aucune action thérapeutique sur cet état morbide.

Vous donnez la quinine à un homme sain et à un fébricitant, vous savez que l'effet n'est pas le même : elle abaisse la température dans le premier cas, et ne produit rien dans le second.

Mais encore voici deux fébricitants : l'un est atteint de fièvre typhoïde, l'autre d'un érysipèle de la face. Or, la quinine abaisse considérablement la température fébrile dans le premier cas, et elle est presque impuissante dans le second. Il est vrai que, depuis les recherches de Binz, la quinine serait douée de propriétés antiparasitaires, et que, d'après cette hypothèse, elle serait sans action sur le bacille de l'érysipèle, tandis qu'elle agirait spécialement sur celui de la dothiénentérie. Mais c'est là une explication dans laquelle la physiologie n'a rien à voir.

Voici encore un autre grand médicament : la digitale. Si je m'adresse à la physiologie pour en connaître le mode d'action thérapeutique, — je n'ai pas dit le mode d'action physiologique, — nous sommes dans l'embarras le plus grand. D'abord, je prie les physiologistes de s'entendre, et de choisir au milieu des innombrables explications qui ont été données. Traube, que l'on cite souvent, ne s'accorde pas avec lui-même, et nous sommes bien perplexes pour choisir entre les trois ou quatre modes d'action qu'il admet successivement. Quand même vous me prouveriez physiologiquement que la digitale agit sur le nerf pneumogastrique, et nullement sur le muscle cardiaque ou sur les vaisseaux, il y a une chose que vous physiologistes, vous ne pouvez m'expliquer :

Pourquoi cette différence d'action de la digitale sur l'homme sain et sur l'homme malade ?

Mais, voici un fait bien plus concluant : Vous prescrivez la digitale à un cardiaque dans la période d'asystolie ; vous la donnez au même cardiaque arrivé au stade d'asystolie avec des œdèmes multiples, etc. Dans le premier cas, vous n'avez presque pas d'action cardiaque, et les urines restent à leur taux normal ; dans le second, l'action cardio-vasculaire est à son maximum, la diurèse est abondante. Ainsi, chez le premier malade, la digitale n'a aucune action sur les urines ; chez le second, elle devient indirectement un des meilleurs diurétiques que nous connaissions. C'est la clinique qui nous a appris tous ces faits, c'est elle, et non la physiologie sur des animaux sains, qui nous en donne l'explication. En effet, au point de vue clinique, quelques observateurs parmi lesquels je me range, pensent que la digitale agit plutôt d'abord sur la périphérie du système circulatoire qu'à son centre.

Je pourrais citer bien d'autres exemples, et pour revenir au point de départ, aux iodures, j'affirme, encore une fois, que la physiologie ne peut expliquer l'action à longue portée de ces médicaments. Il était important de le dire, de formuler hautement cette opinion pour prévenir une sorte d'engouement toujours fatal à la médecine et pour ne pas mériter ce reproche aussi judicieux que spirituel, dont j'ai lu quelque part la formule : *Les médecins changent souvent d'idées fixes*. Ils ne doivent avoir qu'une idée fixe, celle de l'observation des malades.

(1) Debove (*Thèse d'agrégation*, Paris, 1875).

Digitized by Google

Mais, je tiens à le dire formellement : La physiologie est certainement utile à la clinique, mais elle ne doit pas l'asservir ; la clinique et la physiologie doivent s'appuyer réciproquement l'une sur l'autre, avec cette restriction que la seconde a toujours besoin du contrôle de la première. A ce sujet, les physiologistes qui font table rase des enseignements de la clinique, et les cliniciens qui s'en tiennent à l'empirisme, feront bien de méditer ces paroles de notre maître à tous, de Cl. Bernard :

« Ceux, dit-il, qui veulent aujourd'hui tout expliquer en médecine par la physiologie, prouvent qu'ils ne connaissent pas la physiologie et qu'ils la croient plus avancée qu'elle n'est. Ceux qui repoussent systématiquement les explications physiologiques en médecine prouvent qu'ils ne connaissent pas le développement de la médecine scientifique et qu'ils se trompent sur son avenir. »

Voilà en quels termes s'adressait Cl. Bernard aux physiologistes à outrance et aux médecins retardataires. Et l'on peut terminer par cette citation un peu modifiée de Baglivi :

In medicinâ majorem vim facit observatio quàm experientiæ.

HENRI HUCHARD

REVUE D'HYGIÈNE

I. *Transmissibilité de la tuberculose et instruments de musique.* — II. *De la propagation de la tuberculose par le lait et de l'allaitement des enfants par le lait cru.* — III. *Du danger du chauffage des voitures par le charbon.* — IV. *Des premiers soins à donner dans l'intoxication oxycarbonique.* — V. *Les stigmates professionnels des ouvriers veloutiers.* — VI. *De l'hygiène des stations médicales.*

I. Transmissibilité de la tuberculose et instruments de musique. — L'histoire de la transmission de la syphilis par un verre à boire est banale. On en connaît la valeur. Contestera-t-on celle de la transmissibilité de la tuberculose par l'embouchure des instruments de musique ? Notre très distingué confrère militaire, M. le médecin-major A. Maljean, a voulu dissiper tous les doutes. Y a-t-il réussi ?

L'instrument incriminé était une trompette, et cette trompette avait servi plusieurs mois auparavant, à un musicien phtisique. Pour justifier la mise en accusation de l'instrument incriminé, il fallait faire appel à l'expérimentation, M. Maljean n'y a pas manqué et les *Archives de médecine militaire* du dernier mois donnent l'intéressant récit de ces ingénieuses expériences.

M. Maljean a remarqué que l'intérieur d'une trompette contient presque toujours de la salive qui se dessèche quand l'instrument est au repos. L'air aspiré entraîne alors les germes pathogènes qui antérieurement ont pu y être déposés. En voici la preuve : on lave le pavillon de l'instrument avec trois cents grammes d'eau stérilisée ; ce liquide est injecté sous la peau d'un cobaye et par des inoculations successives on obtient par reproduction en série une infection tuberculeuse. La salive déposée dans l'embouchure de cet instrument était donc virulente et on s'explique le danger, par l'usage de ce dernier, la propagation de la tuberculose et d'autres maladies transmissibles par des microbes pathogènes.

Voilà le danger. Où est le remède prophylactique ? M. Maljean le formule, en conseillant de stériliser les instruments de musique qui reçoivent de la salive lorsqu'ils changent de possesseur. Il propose donc de les désinfecter par l'immersion dans l'eau bouillante, s'il s'agit de pièces métalliques, et dans l'eau phéniquée, s'il s'agit de pièces en bois.

En hygiène, il n'est petite précaution qui ne possède son utilité. Les recherches de M. Maljean méritent de fixer l'attention de la part des médecins qui proposent et des administrations qui disposent.

II. De la propagation de la tuberculose par le lait et de l'allaitement des enfants par le lait cru. — Faut-il faire bouillir le lait que l'on fait ingérer aux nourrissons ? Faut-il le leur donner à l'état cru ? Les instructions académiques pour prévenir la propagation de la tuberculose, répondent oui à la première de ces questions. La crainte salutaire du bacille véhiculé par le lait a dicté cette réponse.

Et cependant, la question est grave et plus d'un praticien se demande, tout en éprouvant la terreur du microbe, si l'alimentation par le lait bouilli est réellement exempte d'inconvénients ? Ces praticiens ne sont pas les seuls à ressentir ces scrupules et la Commission des prix de l'hygiène de l'enfance, malgré le vote de l'Académie, vient aussi de les éprouver en mettant cette question au programme du prochain concours.

Dans le numéro de décembre dernier de la *Revue d'hygiène*, et tout récemment dans une brochure dont il a été rendu compte dans ce journal sur le *lait bouilli au point de vue de l'allaitement artificiel*, un de nos confrères les plus distingués de Rouen, M. le Dr Laurent, a pris soin de rappeler qu'en 1873, une commission académique avait déclaré dans ses Instructions aux mères pour l'élevage des nourrissons que le lait de vaches ne doit pas avoir bouilli, mais être tiédi seulement sur la cendre chaude ou au bain-marie.

Entre la recommandation de l'année 1889 et celle de l'année 1873, l'opinion académique s'est donc modifiée. M. Laurent le démontre avec textes à l'appui, mais cette démonstration serait d'un intérêt tout platonique, si elle n'était appuyée sur des faits. Or, les faits ne font pas défaut dans la pratique expérimentée de notre confrère rouennais. Sans contester les mémoires de M. Landouzy sur la *première enfance envisagée comme milieu organique dans ses rapports avec la tuberculose* et de M. Legroux sur *l'origine alimentaire — de la tuberculose chez l'enfant*, il établit que le lait bouilli est un aliment difficile à digérer et donne lieu à des troubles gastriques. La coction a bien neutralisé les agents virulents contenus dans ce liquide. Mais par contre, ce lait dépourvu par la chaleur de ces bacilles ouvre par les perturbations et les lésions digestives qu'il provoque, la porte au germes infectieux.

Le problème est donc complexe ? Quelle solution lui donner ? M. Laurent la cherche, et avec d'autres, la trouve dans l'allaitement au moyen d'un lait salubre. Où donc demander ce lait salubre ? A l'inspection des vaches laitières par des vétérinaires, à la répression réelle des fraudes sur le lait consommé dans les villes, enfin, peut-être, solution plus onéreuse, mais pratique, à la création de ces laiteries modèles dont M. Siégen (de Luxembourg), signalait l'organisation au Congrès de la tuberculose de 1888.

Ici, production d'un lait de qualité irréprochable ; là, surveillance attentive du lait vendu et des vaches laitières chez les nourrisseurs approvisionnant les villes ; voilà deux solutions, qu'en attendant la création de fermes à lait, l'Académie et les Conseils d'hygiène ont quelques chances, par leurs

Digitized by Google

avis fortement motivés, de faire adopter des pouvoirs publics. Si le résultat heureux est un jour obtenu, on devra en partie en rendre grâce à M. Laurent, à ses travaux intéressants et à l'opiniâtreté chaleureuse qu'il met au service de cette cause humanitaire.

D'autre part, on ne saurait oublier à titre de document ses conclusions cliniques. Elles infirment les *Recherches expérimentales sur la digestibilité du lait* où Reichmann, dont on invoque souvent le témoignage, prouvait (*Zeit. Klin. Medic.* 1886) que le lait bouilli est plus promptement peptonisé que le lait cru. Reichmann expérimentait sur des adultes : M. Laurent a observé chez des enfants. Il est évident que les conditions du tube digestif ne sont pas identiques chez les uns et chez les autres. Bref : la chimie ne peut, ici encore, avoir le dernier mot sur la clinique.

III. **Des dangers du chauffage des voitures publiques par le charbon.** — Ce n'est point la saison où d'ordinaire on attire l'attention sur cette question. D'habitude on attend l'hiver pour la discuter, et cette année, n'a-t-on pas vu, sur l'avis du Conseil d'hygiène, le préfet de police rendre une ordonnance sur le chauffage des voitures publiques. Ce magistrat prohibait l'usage des briquettes, à moins de dispositions spéciales facilitant l'émanation des produits de combustion. Intention excellente : mais cette sollicitude préfectorale à l'égard des Parisiens n'a pu vaincre la résistance des loueurs de voitures. A l'arrêté préfectoral ils répondirent, il vous souvient, par la suppression de la chaufferette, de sorte que pour éviter l'asphyxie par le charbon, on fut condamné au froid aux pieds, aux rhumes de cerveau, à la fluxion de poitrine. On sait le reste. L'influenza vint ; ce fut elle qui sauva la chaufferette ; on la rendit aux voitures publiques. Le préfet de police, le conseil d'hygiène ont donc été vaincus par cette coalition fortuite des entrepreneurs de louage et d'une épidémie.

En attendant une solution plus rationnelle et mieux acceptée du problème industriel du chauffage des voitures, il ne faut cependant pas mettre en oubli les dangers des vapeurs de charbon et des briquettes employées à cet usage.

Un de nos confrères, toujours dévoué à l'étude de l'hygiène pratique, M. Ducor a, dans une instructive brochure sur les *Dangers du chauffage des voitures publiques par le charbon*, démontré par des faits cliniques bien observés, que ces accidents peuvent être l'occasion de surprises pour le clinicien.

Il en résulte en effet, que l'empoisonnement se manifeste sous des formes variables. Ici, certains sujets accusent des nausées, de la céphalalgie et des picotements pharyngiens, là, d'autres ressentent de la compression aux tempes, des bourdonnements d'oreille et de la tendance au sommeil. Puis, à côté de ces accidents aigus, il y a des phénomènes d'intoxication chronique. De plus, tous ces symptômes sont plus marqués par un temps mou que par un temps froid, parce que, ici il y a une combustion rapide avec production d'acide carbonique et que là, il y a combustion lente et accompagnée d'un dégagement d'oxyde de carbone.

Et la prophylaxie de ces accidents ? On ne peut, en effet, condamner ceux qui se servent de voitures publiques, aux refroidissements. M. Ducor réclame donc l'emploi de boules d'eau chaude contenant un sel s'opposant au refroidissement. C'est une solution. Il admet le chauffage au charbon, mais alors, avec ventilation complète venant de l'extérieur et sans communication avec l'intérieur.

IV. **Des premiers soins à donner dans l'intoxication oxycarbonique.** — Il y a huit ans, M. Lauper (de Rouen), étudiait aussi la même question dans un travail sur le *Chauffage des voitures et le danger de l'emploi des briquettes*. Ce mémoire, qu'on ne saurait trop citer, traite longuement du traitement de ces accidents. Le rappeler, c'est faire de la thérapeutique, soit. On me le pardonnera, car dans l'espèce, la pratique de M. Laurent est de celle dont on tire toujours profit. Voici les excellentes indications formulées par notre confrère :

1° Soustraire immédiatement le malade à l'action de la vapeur de charbon et le transporter en plein air.

2° Remédier immédiatement à la constriction des vêtements en le déshabillant rapidement, afin qu'il puisse respirer aussi largement que possible ; le coucher sur un lit ou sur un simple matelas étendu sur une table, après avoir placé un traversin sur le haut du corps en relevant légèrement la tête ; projeter de l'eau froide sur les tempes, la figure, le cuir chevelu, les membres, et favoriser les vomissements. Dans le cas de perte de connaissance, on peut recourir à l'électrisation appliquée à l'extrémité des nerfs du plexus cervico-brachial, un peu au-dessous des clavicules.

3° Pendant le collapsus, les purgatifs en lavement produisent un résultat favorable. On fera bien, par conséquent, d'user d'une solution de 60 grammes de sel marin ou de sulfate de magnésie.

4° Lorsque, malgré toutes ces manœuvres exécutées rapidement le corps du malade reste inerte, il faut sans tarder avoir recours à la *respiration artificielle* qui peut d'ailleurs être pratiquée de différentes manières. (Procédé de Sylvestre, de Piccini et autres).

5° Le frisson est le phénomène précurseur du rétablissement de la circulation. Des bâillements s'y ajoutent-ils ? On cessera les affusions d'eau froide pour les remplacer par des frictions sur la totalité du tronc et des membres ; on administrera des cordiaux, vins d'Espagne, vin chaud, grogs, etc. Puis le malaise conjuré, on installe le malade sur un lit, la tête modérément élevée, dans une chambre dont l'air se renouvelle facilement. Il ne tardera pas à s'assoupir ; ce sera le moment de surveiller le sommeil, car pendant sa durée, des phénomènes d'asphyxie pourraient survenir et compromettre le résultat du traitement.

Ce sont de judicieux conseils, et en les formulant, M. Laurent a montré, une fois de plus, sa résolution de faire de l'hygiène thérapeutique à la bonne manière, je veux dire, de l'hygiène vraiment pratique.

V. — **Les stigmates professionnels des ouvriers veloutiers.** — Nombre de professions, on le sait, impriment à « leurs membres, les stigmates les plus variés. » Notre estimé confrère, M. Michel (de l'Arbresle), le démontre à nouveau en décrivant les signes professionnels des ouvriers qui tissent le velours. (*Province Méd.*, 5 mars 1890).

Quels sont-ils ? On les trouve sur les mains et sur l'avant-bras. *Sur la main gauche*, c'est un durillon à la base de l'annulaire, durillon produit par le battant du métier ; *sur la main droite*, une induration à la base du pouce causée par la poignée qui lance la navette. Vernois citait des signes d'iden-

Digitized by Google

dité analogue sur la main des tisserands. M. Michel a observé de plus, *sur l'avant-bras* à cinq centimètres du poignet une altération de l'épiderme que l'on peut constater aussi sur le coude et qui est produite par le frottement quand le travailleur fait passer sa navette au travers du tissu.

Autre stigmate : il est commun ; 90 pour cent des veloutiers en sont porteurs. Il consiste dans une *ecchymose abdominale* brunâtre de la peau de la région de l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté gauche. Cette ecchymose est bleuâtre, disparaît chez les jeunes ouvriers qui changent de professions, mais persiste et devient permanente chez les vieux tisseurs. Quelle en est la cause ? La pression du corps portant en avant contre le canard, c'est-à-dire contre l'enveloppe du rouleau qui se trouve en tête du métier.

L'attitude professionnelle du tisseur est pénible. M. Laye a naguère, et après d'autres, insisté sur les inconvénients de cette posture. M. Michel y insiste à son tour. Par suite de la position du corps penché sur le métier, le tisseur accuse des douleurs musculaires et intestinales dans le flanc gauche et pendant qu'il lance la navette de la main droite. De plus, par sa répétition, cette attitude développe des déformations thoraciques, la conformation en carène de la poitrine, de l'emphysème, le voûtement du dos, la prédisposition aux affections pulmonaires et des troubles gastro-intestinaux, tels que la dyspepsie et l'enteroptose.

Comment remédier à ces inconvénients ? Pour éviter le contact douloureux du canard contre l'abdomen, les ouvriers font usage d'un bandage en forme de matelas, en garnissant d'un coussinet ce canard, et enfin, pour éviter la fatigue et les attitudes vicieuses, en plaçant sous leurs pieds une planchette pour se hausser, car ils ont remarqué depuis longtemps l'immunité des hommes de grande taille à l'égard de ces accidents. C'est de l'instinct prophylactique.

VI. **De l'hygiène des stations médicales.** — Dans un autre ordre d'idées, il serait désirable que cet instinct fut mieux suivi par les règlements officiels. M. Liebreich vient de le prouver un récent *Congrès des balnéologistes allemands*, en exprimant ses doléances contre les installations hygiéniques défectueuses de certaines stations thermales et maritimes. On y fait beaucoup pour le plaisir des visiteurs ; on ne s'occupe guère de les rendre plus habitables et plus salubres.

Ce qui est vrai en Allemagne n'est pas moins exact en France, et à défaut des autorités locales, l'Etat devrait intervenir pour prescrire des réformes nécessaires. Quels sont les renseignements à recueillir pour faire la lumière sur ce point ? Interroger les statistiques obituaires. M. Liebreich déclare, et n'est pas le seul à le penser, que ces statistiques sont inexactes et ne démontrent rien.

Recueillir des renseignements météorologiques ? Soit. Cependant il y aurait une utilité plus immédiate de surveiller la vente et la manipulation des denrées alimentaires, la qualité des eaux et les locaux loués aux visiteurs. Bref, la valeur thérapeutique d'une station ne dépend pas seulement de ses conditions climatériques ou de sa puissance thermale. Elle a un autre facteur ; sa salubrité au point de vue de l'hygiène sociale. On l'oublie trop, on la néglige. Pour ce motif il est désirable, comme je l'écrivais en commençant que, en France comme en Allemagne, on se décide enfin à intervenir pans ce sens auprès des municipalités et des compagnies qui exploitent ces stations. Il en est temps dans l'intérêt des malades et de la fortune publique.

CH. LOT.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Du traitement antiseptique après l'inoculation vaccinale, par M. le Dr J. Bark. — Dans le but de prévenir toute absorption de substances septiques par les plaies vaccinales, l'auteur propose, après l'opération de la vaccine d'employer le pansement suivant (*The Brit. méd. journal* : 233. 1er février 1890).

Un coussin de coton absorbant à l'acide borique ou à l'eucalyptus est enveloppé de gaze antiseptique et placé sur les plaies. On le maintient au moyen de bandes de gaze et on le laisse en place pendant six jours.

Ce pansement fort simple a pour effet de protéger la région opérée contre les violences extérieures, d'absorber les produits de sécrétion, de maintenir les plaies aseptiques et d'être d'un prix peu élevé. M. Bark le considère comme le meilleur moyen d'éviter les érysipèles et l'introduction sous la peau de matières septiques. S. R.

Du tamponnement avec l'onguent napolitain dans les affections utérines, par M. le Dr Hardy. — Cette médication consiste dans l'application locale sur les exsudats chroniques de tampons enduits d'onguent napolitain. Les résultats sont plus favorables que ceux des frictions sur les aines. Il consiste à appliquer ce topique par la voie vaginale sur l'exsudat même (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liége*, février 1890). Par dix observations de métrite, de périmétrite et d'endométrite chroniques, M. Hardy justifie les conclusions suivantes :

1° Sous l'influence de ce pansement, il se produit une sédation de la douleur ;

2° Après un mois de traitement environ, les règles sont très fréquemment augmentées en quantité et en durée. S. R.

Des accidents causés par les injections vaginales de sublimé et de naphtol, par M. le Dr R. Weiss. — Ces accidents s'observeraient parfois après l'emploi de solutions mercurielles, même faibles (sublimé aux cinq ou six millièmes) et consisteraient en diarrhées fétides, coliques, ténesme, mais sans stomatite et sans albuminurie (*El Progresso medico de Cuba*, janvier 1890).

Avec les injections de naphtol on observerait aussi des douleurs abdominales très vives, se produisant une heure ou une demi-heure après leur emploi. Pour prévenir ces inconvénients, M. Weiss conseille de faire suivre les injections d'un pansement immédiat de la muqueuse vaginale et de ses solutions de continuité, s'il en existe, avec la poudre d'iodoforme dont on connaît les propriétés à la fois analgésiques et antiseptiques. S. R.

Du rôle de la pression atmosphérique dans la rétention du placenta, par M. le Dr Rodriguez. — L'auteur adopte la théorie de M. le Dr Gavilan (de Durango) au cas suivant qu'il a observé. Ayant introduit la main dans l'utérus, il lui fut impossible de détacher le bord du placenta. Il en déchira alors avec le doigt la partie centrale et put exercer de légères tractions qui amenèrent la délivrance (*Gaceta Medica de Mexico*, décembre 1889).

Il admet donc que l'adhérence des bords du placenta par sa face interne est due à la pression atmosphérique et qu'en faisant pénétrer l'air sur sa face fœtale, on diminue cette pression et on facilite l'extraction. C'est donc une confirmation de la théorie de M. Gavilar. S. R.

Digitized by Google

Prophylaxie de la diphtérie, et influence de quelques antiseptiques sur le bacille diphtérique, par MM. les Drs d'Espine et de Mérignac. — Ces savants observateurs ont expérimenté au cours de recherches sur le bacille diphtérique, l'acide borique, le chlorate de potasse, l'alun et l'eau de chaux qui, contrairement à l'affirmation de ceux qui les précédaient, n'exercent pas une action destructive rapide sur le microbe (*Revue méd. de la Suisse romande*, 20 février 1890).

Par contre, l'acide salicylique au millième, et même aux deux millièmes, l'acide citrique et le jus de citron sont très actifs pour éviter le développement du bacille de Lœffler.

Les conclusions très importantes de ce travail sont les suivantes :

Au point de vue prophylactique, on peut empêcher la survivance des germes à l'état sec dans les salles de malades par l'aération, par la désinfection des planchers et des murailles, par celle surtout des vêtements qui, roulés dans une armoire obscure jusqu'à nouvel emploi, constituent un bon milieu pour la conservation du germe.

En temps d'épidémie de diphtérie, il faut penser à la possibilité de la propagation par le *lait*, dans lequel le bacille se multiplie d'une façon extraordinaire, et interdire l'emploi du lait provenant d'établissements où la diphtérie se serait déclarée.

Enfin, au point de vue thérapeutique, on doit insister sur les irrigations salicylées (1 à 2 0/00) répétées toutes les heures ou toutes les deux heures contre l'angine diphtéritique, surtout quand elles sont employées de bonne heure, avant que les fausses membranes soient épaisses et que l'organisme ait été intoxiqué. En temps d'épidémie diphtérique, ce traitement devrait être toujours employé prophylactiquement contre toutes les angines simples, et surtout dans l'angine scarlatineuse, qui peut être infectieuse par les streptocoques et sert souvent de *porte d'entrée* au bacille de Lœffler. S. R.

Ulcérations des cordes vocales dans la grippe, par M. Le Noir. — Sur 130 grippes, que l'auteur, interne distingué des hôpitaux, a observées dans le service de M. Gouguenheim, quatre ont présenté des troubles vocaux intenses (*Annales des mal. de l'oreille et du larynx*, mars 1890).

Tous avaient été atteints de catarrhe trachéal et bronchique avec enrouement ou aphonie. En pratiquant l'examen laryngoscopique on constatait, au début, la rougeur de la muqueuse laryngée, et sur les cordes vocales des ulcérations plus ou moins étendues, peu profondes, à contours irréguliers, limitées par la muqueuse boursouflée, faisant saillie dans l'espace interglottique. Ces ulcérations siégeaient sur les deux cordes vocales à leur moitié antérieure, étaient généralement symétriques et recouvertes d'un exsudat blanchâtre au moins dès le début, devenant grisâtre dans la suite.

En suivant la marche de ces ulcérations, on les voyait se déterger peu à peu ; leur étendue diminuait jusqu'à ne laisser qu'une rougeur diffuse de toute la surface des cordes vocales.

Quelle est la nature de cette lésion restée toujours superficielle ? S'agit-il d'ulcérations d'origine catarrhale ou d'ulcérations de cause infectieuse ? La question de l'existence d'ulcérations catarrhales a été discutée plusieurs fois, à propos, notamment, des ulcères laryngés observés dans le cours de la tuberculose. Il faut remarquer que, dans la grippe, le catarrhe est fréquent, et que cependant les ulcérations paraissent exceptionnelles.

Pour établir l'origine infectieuse de ces lésions, il aurait fallu faire un examen bactériologique, la difficulté de recueillir l'exsudat a empêché de l'effectuer. Toutefois, en tenant compte des manifestations infectieuses au cours de la grippe, il n'est pas inadmissible de ranger les ulcérations laryngées dans cette dernière catégorie. S. R.

Le traitement des tuberculeuses par le cuivre, par M. le Dr Ch. Liégeois. — Notre collaborateur, M. Liégeois, s'est servi des pilules à l'acéto-phosphate de cuivre formulées par M. Luton, et n'a pratiqué qu'une fois l'injection sous-cutanée au phosphate de cuivre récemment précipité en suspension dans de l'eau distillée et de la glycérine, (*Bul. méd. des Vosges*, janvier 1890).

1o Deux seulement des quatre tuberculeux pulmonaires au premier degré, traités par les pilules, ont vu disparaître la toux, revenir l'embonpoint et rétrograder les symptômes locaux. S'il y a eu un retour offensif, peut-être faut-il le rattacher à ce que, la médication a été trop tôt abandonnée. Nonobstant deux insuccès, M. Liégeois estime que le cuivre est, dans la tuberculeuse au premier degré, le meilleur des reconstituants.

2o Insuccès absolu, avec les pilules dans cinq cas de tuberculose pulmonaire au second degré : ici le cuivre n'a modifié ni l'état général, ni l'état local.

3o Les frictions avec la vaseline à l'acétate neutre ou au phosphate de cuivre à 1/30 et les pilules constituent d'après l'auteur, le plus puissant résolutif des adénopathies scrofuleuses du cou et des ganglions bronchiques.

4o M. Liégeois a vu — est-ce une heureuse coïncidence ? — se résoudre, après un an de traitement par les pilules, les glandes mésentériques énormes, caractéristiques du carreau, chez un jeune homme de 17 ans.

5o Enfin il a introduit, sans déterminer la moindre amélioration, des bougies demi-molles enduites de phosphate de cuivre et de la vaseline à l'acétate neutre de cuivre dans un trajet fistuleux du pied consécutif à l'ablation d'un cuboïde pour ostéite tuberculeuse. L'injection sous-cutanée d'acéto-phosphate de cuivre dans le tissu cellulaire de la hanche eut pour conséquence un énorme abcès, les pilules cupriques ne donnèrent aucun résultat.

Traitement médical des tumeurs malignes des fosses nasales, par M. le Dr A. F. Plicque. — Ce traitement recommandé par Voltolini dans tous les cas où le diagnostic est incertain avec la syphilis et où les tumeurs malignes sont inopérables consiste dans l'administration alternative de pilule laxative et de la tisane de Zittmann (*Annales des mal. de l'oreille et du larynx*, mars 1890).

Le premier jour, on administre une pilule ainsi composée :

Résine de jalap	0,10	centigrammes.
Gomme gutte	0,25	—
Aloès	0,20	—

Le second jour on fait ingérer matin et soir un demi-litre de la *tisane de Zittmann*, n° 1.

Salsepareille	400	grammes
Faites digérer pendant vingt-quatre heures dans :		
Eau	24.000	—
Ajoutez :		
Sucre d'alun (alun 4, kino 1)	50	—
Calomel	15	—
Cinabre	10	—
Faites bouillir jusqu'à réduction d'un tiers et ajoutez :		
Feuilles de séné	100	—
Racine de réglisse	50	—
Anis	15	—
Fenouil	15	—

Laissez infuser quelques instants ; passez. — Demi-litre matin et soir.

Dans l'après-midi on administre un litre de la *tisane de Zittmann*, n° 2 :

Résidu de la décoction précédente, plus :		
Salsepareille	200	grammes.
Faites bouillir dans :		
Eau	9.000	—
Ajoutez :		

Digitized by Google

Ecorce de citron.....	
Cardamome.....	ãã 10 grammes
Cannelle.....	
Réglisse.....	

Passez.

Pendant l'été, il est bon de réduire ces diverses doses de moitié, de façon à ce que la consommation soit plus rapide et que la préparation n'ait pas le temps de fermenter.

Prendre le matin la tisane n° 1, et dans l'après-midi, un litre du n° 2 ; on continue pendant huit jours ; vers le cinquième jour on donne une nouvelle pilule purgative si le malade ne va point suffisamment à la selle, et on suspend ce jour-là le médicament. Le malade doit, pendant toute la cure, manger peu et garder un repos presque complet. Les anciens médecins exigeaient même le séjour absolu au lit. Après huit jours de suspension pendant lesquels le malade continue à s'alimenter légèrement et à ménager ses forces, la tisane est reprise. S. R.

De la valeur du gonocoque de Neisser dans la vulvite simple, par MM. S. Ottolenghi et C. Resegotti (de Turin).

Un garçon de 18 ans avait été arrêté sous l'inculpation de viol sur une petite fille de douze ans (*Riforma-medica*, 9 sept., 1889). L'inculpé, examiné 3 jours après le délit, puis encore le jour suivant, ne présentait ni rougeur du méat, ni aucun écoulement pouvant faire penser à une blennorrhagie. Cependant on examina la fillette.

Elle présentait de la tuméfaction et de la rougeur diffuse au niveau des petites lèvres de l'orifice vaginal et du méat urinaire. L'hymen tuméfié est de forme annulaire. L'état d'inflammation ne permet pas d'exclure qu'il n'existe aucune déchirure. Nombreuses traces évidentes de contusions aux parties génitales, d'où il s'écoule un liquide séro-purulent d'aspect gonorrhéique. Mis sur une lame de verre et coloré soit à la fuschine, soit au bleu de méthyle, cet exsudat montre des cellules épithéliales du vagin, des cellules connectives jeunes et les microcoques en groupes de 2 ou de 4, en tout semblable au gonocoque de Neisser, tantôt libres, tantôt emprisonnés dans les cellules, tout comme ces derniers. Sur la chemise rien de particulier, du reste celle du jour de l'attentat ne put être examinée.

Cette constatation rendait très perplexes les médecins légistes et très difficile la réponse aux questions du ministère public, qui demandait si l'écoulement était constitutionnel ou vénérien, s'il résultait d'un rapport sexuel avec l'inculpé ou avec une autre personne.

A ce propos les auteurs passent en revue les faits analogues qui existent dans la littérature médicale et concluent, qu'en l'état actuel de la science, les diplocoques de Neisser ne sont pas pathognomoniques, et qu'il s'agit de vulvite aiguë traumatique. Du reste dans le cas présent, l'accusé fut condamné et avoua pendant qu'il faisait sa peine qu'il était bien l'auteur de l'attentat. On ne peut donc pas en gynécologie se baser sur la présence du gonocoque pour faire un diagnostic. H. G.

REVUE DES LIVRES

Dictionnaire thérapeutique à l'usage des praticiens. — *Therapeutisches Lexikon für praktische Aerzte*, sous la direction du Dr Anton Bum, rédacteur de la Wiener medicinische Press avec la collaboration de M. C. Breus, A. Eitelberg, E. Finger, S. Freud, F. Kauders, L. Koenigstein, R. Lewandowski, J. Nevinny, W. Roth, T. Schnirer, K. Steiner von Pfungen, M. Witzinger, O. Zuckerkandl. — (fasc. I. II. 1890).

Ces deux fascicules comprennent les lettres A et B et le commencement de C. Cette publication constitue un manuel de thérapeutique médicale et chirurgicale essentiellement pratique, peut-être un peu élémentaire, mais où l'on trouve, au chapitre, concernant chaque maladie, le traitement sous formes d'indications nettes, accompagné de formules. On a donné plus d'extension aux articles qui traitent les maladies communes, comme la fièvre typhoïde, l'acné, l'antisepsie, la ligature des artères, respiration artificielle, l'atonie intestinale et stomacale, la blépharite, la bronchite, l'hygroma, la carie.

La réunion de la médecine et de la chirurgie aux autres spécialités contribuera à faire de cet ouvrage un vade-mecum du médecin. H. Gillet.

Observation d'une épidémie de variole jugulée par la revaccination en masse, par M. le Dr Le Gad (du Havre), 1889.

Notre estimé confrère est partisan de la revaccination obligatoire en temps d'épidémie et, pour en justifier l'utilité, il rapporte l'histoire intéressante d'une épidémie de variole dans la caserne des Douanes, au Havre, « vaste phalanstère comprenant dans son enceinte près de trois cents habitants ».

Cet énoncé suffit pour démontrer l'intérêt du travail de notre confrère et le faire lire comme un important document par tous ceux qui s'intéressent à ces graves questions.

Ch. Eloy.

Le problème de la vie et les fonctions du cervelet, par M. le Dr Gouzee (Paris 1889, Doin).

Ce livre contient l'exposé d'une théorie électrique de la vie, et dans cette théorie, le cervelet joue le rôle d'un accumulateur.

L'épiderme de la peau représente le plateau de verre d'une machine électrique, les extrémités nerveuses en regard de l'épiderme représentent les pointes dont sont garnies les mâchoires de la machine.

L'électricité produite par contact sur la peau, détermine un courant qui traverse les nerfs sensitifs.

Les courants s'accumulent dans les centres gris, de la moëlle jusqu'aux couches optiques, et dans le cervelet, et représentent des cylindres accumulateurs.

Les nerfs moteurs laissent passer le courant centrifuge.

A l'état normal, ce courant électrique détermine dans les muscles un état de tonus ; dans le cerveau : l'éveil ; en quantité plus grande dans les muscles, la contraction ; dans le cerveau, l'intelligence ; quand il y a diminution du courant produit, le cervelet arriverait comme suppléant.

Cette théorie est développée avec une certaine habileté et est intéressante, mais elle ne donne pas la conviction ; elle reste théorie.

Dr Charpentier,
Médecin de l'hospice de Bicêtre.

REVUE DES THÈSES

De l'entéroptose, par M. le Dr Pourcelot (*Thèse de Paris*, 1889).

Ce mémoire inaugural infirme les connaissances acquises depuis les travaux de M. Glanord sur l'ensemble des signes physiques et fonctionnels qui constituent l'entéroptose. Seulement, M. Pourcelot formule des réserves sur la tendance de ceux qui, sous cette rubrique, décriraient trop volontiers, des dilatations de l'estomac, des dyspepsies et des troubles gastriques d'origine neurasthénique.

Il est donc d'avis, avec beaucoup d'autres observateurs, de distinguer l'entéroptose vraie, avec les phénomènes gastro-intestinaux des dyspepsies de cause chimique ou de dyspepsies cutanées. Enfin, conclusion en rapport avec les faits signalés par M. Glanord, il constate l'utilité thérapeutique d'une ceinture hypogastrique de soutien quand l'entéroptose existe.

Ch. Eloy.

De la suspension dans l'ataxie locomotrice progressive, par M. le Dr Goselin (*thèse de Paris*, 1890, O. Doin).

Le traitement de Motchonkowsky commence à faire ses preuves décisives. Il compte des succès, sans doute ; mais combien d'échecs ne compte-t-il pas aussi ?

Digitized by Google

La thèse de M. Gosselin enregistre les uns et ne dissimule pas les autres, démontre qu'il faut appliquer ce traitement aux ataxiques rebelles à d'autres médications, et avoue que s'il permet de diminuer leurs douleurs, il ne guérit pas l'ataxie puisque, entre autres symptômes, les réflexes tendineux persistent après son emploi.

De plus, faits engageants, notre jeune et distingué confrère rapporte deux observations de sclérose en plaques améliorée par la suspension. C'est, là encore, une médication à essayer.

S. R.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 30 mars 1890)

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

De la noix de kola. — M. J. Rochard lit une note de M. Hœckel (de Marseille), qui ne croit pas que M. G. Sée, dans sa récente communication sur la caféine, rende compte des faits observés. La noix de kola, agit sur l'homme, comme suspenseur de la fatigue, alors même qu'on l'a débarrassé de la caféine. C'est le rouge de kola, qui est probablement le principe actif. La poudre de kola agit comme suspenseur de la fatigue à doses très faibles : elle contient d'autres principes que la caféine qui ont une action cutanée. M. Hœckel fait des expériences pour étudier l'action de la noix de Kola sur les soldats en marche et en manœuvres.

M. L. Colin rend hommage à M. Hœckel de ses travaux, mais il plaide en faveur de la caféine. Le comité technique d'alimentation serait heureux d'avoir une substance bien définie pour faire avec elle des expériences sur les troupes. La noix de kola n'est pas identique dans les préparations présentées à l'examen de la commission.

Choléra infantile. — M. Lesage a constaté, dans le petit intestin, la présence d'un bacille particulier. Il l'a isolé : ce bacille se développe peu sur la gélatine, mais bien sur la gélose. Il a une forme plus ou moins allongée. Il est plus résistant aux agents extérieurs que le bacille de Koch. On le trouve en grande abondance, et il existe seul dans le choléra infantile ; s'il est inoculé il produit le choléra. Il sécrète une substance toxique semblable à celle produite par le bacille de Koch.

M. Gautier lit une note sur le *traitement des fibrômes utérins par l'électricité.*

F. R.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 avril 1890.

Présidence de M. le Dr Terrier

M. le Président annonce la mort de M. Trélat, ancien président de la société. La séance est levée en signe de deuil.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES DE FRANCE

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (21 février 1890). — I. *La grippe et les affections oculaires.* — **Société des sciences médicales de Lyon** (26 mars 1890). — II. *Des signes objectifs de l'exploration du foie dans le diabète.*

I. **La grippe et les affections oculaires.** — Après le larynx, le nez et les oreilles, l'œil : on est enclin à rapporter à la grippe des accidents morbides dont elle ne doit pas toujours être responsable, M. Sous l'estime ainsi, mais il déclare aussi, que dans quelques cas, on peut considérer les lésions de l'œil comme des complications de la grippe.

Pendant la dernière épidémie, il a noté quatorze cas d'*orgelet* survenus du cinquième au onzième jour de la grippe. Était-ce une coïncidence ? Probablement, car ces cas ont été observés sur des malades atteints de troubles gastriques.

Huit fois, M. Sous a vu la *conjonctivite* débuter vers la fin de la grippe. Il y avait alors de la rougeur, un léger chemosis, l'absence de larmoiement, des douleurs faibles ; en résumé, les symptômes de l'ophtalmie sèche des anciens.

Deux fois, il a observé des *kératites*, dont l'une a été grave. Dans ces cas on peut se demander si la grippe n'a pas réveillé une prédisposition déjà existante.

Autre fait plus rare, M. Sous a vu l'acuité visuelle se modifier chez une malade qui avant la grippe avait de la myopie dans le méridien vertical et était émmétrope dans le méridien horizontal. Depuis la grippe, elle est émmétrope verticalement et hypermétrope de deux dioptries transversalement.

Enfin, contrairement à l'opinion formulée par Petrequin et d'autres après l'épidémie de grippe de 1837, M. Sous déclare que dans aucun cas, il n'a observé l'influence exercée par la grippe sur les individus porteurs de conjonctivite granuleuse. Bref, on ne doit plus attribuer à cette maladie des méfaits dont elle n'est pas toujours coupable.

II. **Des signes objectifs et de l'exploration du foie dans le diabète.** — M. Glénard se place en dehors des théories : il ne discute pas la doctrine de la glycosurie hépatique de Claude Bernard ; il ne s'arrête pas à l'hypothèse plus justifiée de la glycosurie par ralentissement des échanges dans tous les tissus ; il veut résoudre la question symptomatologique des signes objectifs des altérations du foie dans le diabète.

A cet effet, il a exploré le foie de 324 diabétiques et a constaté :

1° Dans 60 cas sur cent, l'hypertrophie de cet organe, totale dans 13 cas sur cent, localisée dans 87 cas sur cent. Cette localisation s'observe sur le côté droit dans la moitié des cas : c'est donc l'hypertrophie du côté droit que l'on observe le plus souvent, en explorant l'organe par le mode classique de palpation ou bien par le procédé du pouce.

2° La densité du foie est augmentée dans un cas sur trois ; sa sensibilité dans un cas sur quatre.

Mais ce n'est pas tout. M. Glénard a noté la fréquence plus grande de ces altérations chez l'homme que chez la femme et admet, conclusion plus importante encore, que la lésion hépatique objective la plus fréquente dans le diabète est l'hypertrophie monolobaire du lobe droit avec induration et indolence de son tissu à la palpation.

Ce processus hypertrophique a une évolution tantôt rétrograde, et M. Glénard a pu s'en rendre compte sur 24 diabétiques qu'il a suivis pendant plusieurs années. Il admet donc que ce processus, se développe par étapes successives, débutant par le lobe carré, envahissant le lobe droit et finalement atteignant le lobe épigastrique. Sa rétrogradation a lieu dans l'ordre inverse et l'hypertrophie du lobe droit dans les cas les plus heureux, reste comme « le stigmate permanent du processus toujours menaçant. »

Ces remarquables observations cliniques, soulèveront des critiques. Eh quoi ! dira-t-on, ces conclusions conduiraient à faire jouer au foie un rôle prépondérant dans la pathogénie du diabète ? C'est une objection ; M. Glénard y a répondu par avance en constatant que la glycosurie est plus grave chez les diabétiques dont le foie est hypertrophié, induré et indolent que chez ceux où l'exploration donne des résultats négatifs. Ils accusent la soif, la polyurie, la faiblesse, de sorte qu'il existerait, d'après notre confrère lyonnais une sorte de raccord entre ces symptômes rationnels du diabète et l'hypertrophie du foie. Inutile

Digitized by Google

précéda, d'insister sur l'importance de ce travail et sur les débats dont il sera, sans nul doute, et, comme de juste, le point de départ.

S. R.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

MALADIES DES PAYS CHAUDS

Comment doit-on traiter la diarrhée chronique ?

Depuis nos expéditions coloniales, il est arrivé certainement aux médecins de notre pays d'être consultés par des malades atteints de diarrhée chronique contractée dans les pays chauds. Il n'est donc pas inutile de dire un mot du traitement de cette affection très tenace et qui peut être singulièrement aggravée par un traitement intempestif. Si on se contente d'employer, contre la diarrhée chronique tropicale, les remèdes usités dans la diarrhée de nos pays, on court à un échec certain.

Avant tout, il faut bien poser la question. Il s'agit ici de la diarrhée chronique pure, et non de la dysenterie chronique, ce qui n'est pas du tout la même chose, comme le croient à tort beaucoup de médecins. Les deux affections sont nettement différentes, et comme symptômes et comme siége anatomique. En effet la dysenterie chronique atteint le gros intestin et, très rarement, une très faible portion de la partie terminale de l'intestin grêle. Au contraire, dans la diarrhée tropicale, c'est *l'intestin grêle* qui est touché, ce qui explique la gravité de la maladie au point de vue de l'absorption qui est, pour ainsi dire, abolie dans les cas graves. On se rend compte ainsi du dépérissement profond dans lequel tombent les malades.

Nous croyons inutile de passer en revue les innombrables remèdes qui ont été conseillés dans la diarrhée tropicale. Un grand nombre d'entre eux ont naturellement été donnés comme infaillibles par leurs auteurs, et, naturellement encore, avec observations à l'appui. Malheureusement, quand un médecin impartial a voulu les mettre à l'essai, ils se sont montrés absolument inefficaces et quelques-uns d'entre eux ont paru aggraver la situation peu florissante des malades.

En premier lieu, citons les *opiacés*. Evidemment, quand on administre à un malade atteint de diarrhée tropicale, une forte dose d'opium, on peut arriver à diminuer et à supprimer pour un jour ou deux les garde-robes. Mais il faut bien savoir que ce qu'on supprime, dans ce cas, c'est non pas la *sécrétion* mais bien *l'excrétion* intestinale. Ce qui le prouve c'est que si, par exemple, le malade, sous l'influence de l'opium, n'a pas eu de selle pendant trente-six heures, au bout de ce temps il expulse une ou plusieurs garde-robes dont le volume est largement égal à celui des selles qui auraient été rendues, si on n'avait pas donné d'opium. En un mot, ce remède donne une fausse sécurité, il masque pour un temps très court les symptômes de la maladie ; il ne les combat en aucune façon.

Dirons-nous un mot des *astringents* ? Ils sont absolument inefficaces. Les *absorbants* ? Leur utilité est très mince, si tant est qu'elle existe. Donnez 30 à 40 gr de sous-nitrate de bismuth à un individu atteint de diarrhée tropicale. Si celle-ci est intense, le remède est expulsé presque intact. La diarrhée est-elle moins abondante ? Vous avez des selles noires au lieu d'avoir des selles jaunes et c'est là tout le résultat obtenu. Il est peu satisfaisant pour le médecin et surtout pour le malade.

On a essayé les *désinfectants* : c'est la mode. Mais ils ont échoué piteusement comme on devait s'y attendre, quand on les a données par la voie stomacale. Administrés en lavement, ils ont donné, suivant ceux qui les ont conseillés, de bons résultats. Mais ceux-ci ne sont pas confirmés. Et, en effet, les lavements désinfectants atteignent bien le gros intestin, mais ils n'agissent pas sur l'instestin grêle. Or c'est celui-ci qui, précisément, est malade.

Quant aux *parasiticides*, on les a essayés et vantés. Ils n'ont donné que des échecs complets. En effet, il faut ou oublier ou ignorer l'état de l'intestin grêle, dans la diarrhée tropicale, pour pouvoir croire un instant à l'efficacité, dans cette affection, d'un médicament quelconque. Comment, voici un individu dont le petit intestin a subi des altérations énormes ; par endroit la muqueuse a été détruite. Si sa surface absorbante, chez un homme sain, est égale à 100, elle est de 30 en 40, chez un malade atteint de diarrhée tropicale et vous voulez guérir une pareille lésion avec des remèdes ? C'est un véritable défi à la nature qui n'obéit pas aux médecins.

Que faire donc chez un adulte atteint de diarrhée tropicale ? Supposons le cas le plus ordinaire. Voici un homme qui a fait un séjour de deux ans en Cochinchine. Il est atteint de diarrhée chronique depuis six mois : la période aiguë est, par conséquent passée, Il a, tous les jours, cinq à six selles pâteuses ou liquides, se produisant dans la matinée, au réveil, et après les repas. L'amaigrissement est notable. Les forces ont sensiblement diminué. Si on intervient activement à cette époque de la maladie, on peut avoir un bon résultat. Comment instituer le traitement ?

Il faut compter, dans les cas sérieux, qu'on sera obligé de continuer le régime pendant au moins six semaines. Au début du lait, puis si l'amélioration continue à se maintenir, on pourra alors donner la viande crue, en augmenter la dose et y ajouter, au besoin, soit un peu de purée de pommes de terre, soit des potages avec du bouillon absolument *dégraissé*. Quant à revenir au régime ordinaire, il n'y faut pas songer avant quatre mois, *au plus tôt*. Il est bien entendu qu'il faudra surveiller le malade pendant un temps fort long.

Dans tout ceci, le rôle du médicament est nul. Cependant il ne faut pas pousser l'exclusivisme trop loin et je me hâte de dire que le médecin pourra s'aider de quelques remèdes. C'est ainsi qu'au début, lorsqu'il y a des symptômes d'embarras gastrique ou, pendant le cours de la maladie, s'il y a une poussée subaiguë, on se trouvera bien de prescrire, pendant deux à trois jours, les pilules de Second (poudre ipéca 0,40 calomel 0,20 : extrait d'opium 0,05 pour cinq pilules : à prendre 2 par 2 dans les 24 heures).

Tel est le traitement qui, pour moi, convient dans la majorité des cas, aux malades atteints de diarrhée tropicale chronique. Il est bien entendu que le médecin peut et doit le modifier, suivant les circonstances, mais ce que j'ai voulu démontrer, c'est que c'est dans le régime et non dans l'arsenal thérapeutique, qu'il faut chercher les agents de la guérison. C'est aussi l'avis de J. Fayur et je ne peux m'appuyer sur une meilleure autorité.

Dr Roux.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES DE L'ENFANCE.

Du traitement des états congestifs du poumon chez l'enfant.

La congestion pulmonaire compte, sans contredit, pour un des accidents les plus fréquents dans la pathologie infantile. Depuis la congestion aiguë idiopathique, la secondaire, l'hypostatique des états graves, jusqu'à la spléno-pneumonie et même la forme congestive de la broncho-pneumonie, la broncho-pneumonie pseudo-lobaire au début, nous avons une série d'états particuliers du parenchyme pulmonaire qui méritent d'être rapprochés les uns des autres, parce qu'ils affectent, à leur début, une physionomie semblable, à un moment où le diagnostic peut être hésitant, qu'ils ont tous comme substratum anatomique principal, comme lésion élémentaire, la congestion, à laquelle s'adjoint petit à petit un certain degré d'inflammation, quand on passe des premières formes aux dernières : congestion pure dans la congestion idiopatique, bâtarde dans l'hypostatique, un peu inflammatoire dans la spléno-pneumonie presque pneumonique dans la broncho-pneumonie pseudo-lobaire.

Nous limiterons ces considérations à la congestion active et à ce qu'on observe chez l'enfant, surtout chez les jeunes enfants jusqu'à six ans; nous renverrons pour la question de la congestion pulmonaire en général au mémoire de Queyrat.

La *congestion pulmonaire idiopathique* ou à forme pneumonique, que Woillez a décrite chez l'adulte, se rencontre chez l'enfant comme l'a montré, le premier, M. Cadet de Gassicourt.

Affection à début brusque, la congestion pulmonaire primitive s'annonce par un frisson, exorde de la poussée *fébrile*, parfois accompagné de vomissements, d'agitation ou d'abattement et de gêne respiratoire plus ou moins intense. Du côté de la poitrine, on trouve une zône de matité de degrés divers, au niveau de laquelle les signes d'auscultation offrent des variétés souvent contradictoires, abolition du murmure vésiculaire, souffle bronchique, respiration exagérée (puérile), râles sous-crépitants, voire même gargouillement (1), et tous les intermédiaires. Puis tout rentre dans l'ordre ; quelquefois quelques vésicules d'herpès indiquent que la crise se fait. La poussée peut être unique ou se reproduit une ou deux fois, mais alors la fluxion se porte sur un autre point: par exemple l'enfant qui présentait les signes à la base le soir, les aura le matin au sommet. Ce qui caractérise la maladie de Woillez, c'est sa spontanéité, la mobilité, la variété de ses signes, la brièveté de sa fièvre, sa résolution immédiate, qu'on ne rencontre pas dans la pneumonie lobaire, de même que les poussées successives. Tandis que la congestion peut impunément sauter de la base au sommet, d'un poumon à l'autre, sans laisser presque de traces après son passage, la pneumonie se fixe dans une région pour y rester, ou s'il se fait une autre poussée, la première demande encore quelque temps avant de disparaître et les signes locaux survivent longtemps aux symptômes généraux.

La variabilité des signes physiques s'explique par le degré, l'étendue et le siége de l'hypérémie. Ces conditions peuvent être telles que les signes physiques fassent défaut, c'est le cas, lorsque la congestion peu étendue est centrale. Le diagnostic demeure alors en suspens, tant que la fièvre et la dyspnée constituent les seuls symptômes évidents. Cette *forme* latente ou *centrale* de la congestion pulmonaire idiopathique se rencontre assez souvent, soit qu'elle reste telle jusqu'à la fin, soit qu'elle aboutisse à la forme commune avec signes physiques. En tous cas, il faudra y penser.

A côté de la congestion idiopathique, on ne doit pas oublier la congestion pulmonaire qui précède ou qui accompagne les poussées tuberculeuses. Il y a même une forme clinique spéciale de tuberculose, la forme congestive (Ferrand) commune chez les arthritiques et chez les enfants d'arthritiques, dans laquelle cet état fluxionnaire du parenchyme tient une place importante et fournit une indication thérapeutique spéciale.

La congestion pulmonaire qui complique la pleurésie précède souvent l'éclosion de la pleurésie; le médecin devra combattre énergiquement cette fluxion sous-pleurétique.

Enfin, dans la pneumonie lobaire aiguë, la congestion pulmonaire joue parfois un rôle qui n'est pas négligeable.

D'étude récente chez l'adulte et d'un diagnostic embarrassant avec la pleurésie, la *spléno-pneumonie* ou congestion pulmonaire à forme pleurétique (Queyrat), vient d'être reconnue chez l'enfant. Gêne respiratoire, avec point de côté, matité, abolition des vibrations thoraciques, égophonie, sont des signes dont l'ensemble signifie d'ordinaire pleurésie, ou quelquefois pneumonie massive. Mais la matité diminue vers la base, les vibrations ne cessent pas brusquement à un certain niveau, et enfin la ponction ne ramène rien, ou que de l'air et du sang. Lorsque l'affection est à gauche l'espace costo-diaphragmatique (espace de Traube) reste sonore, le cœur n'est pas déplacé et le cordeau tendu de la fourchette sternale à la symphyse pubienne montre le sternum non dévié. D'après M. Cadet de Gassicourt, cet état morbide siégerait plus souvent à droite qu'on ne l'a dit, ce qui augmente la difficulté du diagnostic. Contrairement à ce qui a lieu dans la pleurésie, le foie n'est alors pas abaissé ; mais, c'est la ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz qui résout seule cette difficulté. Surtout quand la guérison traîne, il faut penser à la tuberculisation possible.

La broncho-pneumonie pseudo-lobaire se distingue des autres états congestifs du poumon par son apparition dans le cours d'autres maladies, dans la coqueluche, la rougeole, la diphtérie, la fièvre typhoïde, le choléra, l'entérite (Sevestre), la septicémie, l'impaludisme, etc. C'est donc une affection secondaire et probablement aussi une infection secondaire (1) greffée sur une maladie infectieuse primitive.

Au début la broncho-pneumonie pseudo-lobaire (spléno-pneumonie aiguë de A. Joffray) ne consiste qu'en une poussée congestive, suivie d'autres ; chacune de ces poussées peut s'éteindre sur place ou former un centre d'inflammation. L'hypérémie pulmonaire a donc à ce moment une grande importance, et c'est contre elle que doit être dirigée la thérapeutique ; c'est parce que la broncho-pneumonie n'est d'abord que de la congestion, qu'elle revêt les allures de cette dernière, sauf que le début insidieux n'est marqué souvent que par l'élévation de la courbe thermique. Localement on trouve, soit les signes physiques de la congestion commune, soit l'absence de signes comme dans la forme latente ou centrale, deux formes opposées que M. Cadet de Cassicourt a notées sous le nom de début avec poussées congestives apparentes et à début avec poussées congestives latentes.

Traitement. — Dans tous les états pathologiques du poumon où la congestion occupe le premier plan, c'est à la congestion qu'il faut d'abord s'attaquer. A maladie congestive, médication anti-congestive. On insistera donc beaucoup sur la médication dérivative et révulsive, qui fera pour ainsi dire le fond du traitement. Plus l'état du petit malade semblera grave, plus on agira énergiquement, sans crainte, persuadé qu'on va dans la bonne voie. On ne s'arrêtera pas à une première application, on recommencera autant qu'on le croira nécessaire.

Les *révulsifs* cutanés seront appliqués sur la paroi thoracique ou même sur la surface du corps. La teinture d'iode, qu'on dilue à moitié chez tous les jeunes enfants, qui

(1) Emile Hamon. *De la congestion pulmonaire idiopathique chez les enfants*, Th. Paris, 1889.

(1) Bard. Notice sur la prophylaxie de la broncho-pneumonie des rachitiques. *Lyon médical*, 19 janvier 1889. — L. Gonnet (Th. de Lyon, novembre 1888.)

Digitized by Google

peut parfois donner un peu d'albuminurie (J. Simon), n'en est pas moins d'une grande ressource pour le médecin. Elle vaut mieux que tous les révulsifs, papiers chimiques ou autres, qui peuvent donner lieu à des accidents : le papier de tapsia, entre autres, qui peut produire des ulcérations, des cicatrices, suivies parfois de chéloïde, comme nous venons d'en voir une qui occupe toute la région intermammaire chez une femme venue à la consultation de M. Quinquaud, à l'hôpital Saint-Louis, ou produire de l'œdème de la face, du pharynx et menacer d'asphyxier par œdème de la glotte, comme M. E. Besnier en était un cas qu'il a observé en ville.

Le sinapisme permet une variété et une étendue plus grande dans la révulsion, depuis l'application du papier Rigollot, du taffetas sinapisé, du bain de pied, jusqu'au bain sinapisé complet de 4 à 5 minutes. Ce dernier doit être recommandé à cause de l'énergie vraiment heureuse de son action.

Dans le même ordre d'idée on utilisera les frictions sèches, et surtout celles avec l'alcool camphré et les liniments aromatiques et la térébenthine, révulsif énergique.

Le vésicatoire constitue un mode plus actif de révulsion. Il vaut mieux le répéter et le mettre petit, que l'en ordonner de larges.

Si l'état congestif semble rebelle aux moyens précédents, on n'hésitera pas à couvrir, s'il le faut, la poitrine de ventouses sèches en grand nombre, 2 à 30, même chez l'enfant. On a été jusqu'à prescrire des ventouses scarifiées (Hénoch) ; tout au plus, chez les enfants au-dessus de 6 ans, pourrait-on les autoriser, mais chez ceux du premier âge, il faut les comprendre dans le même ostracisme que l'émétique. Le nourrisson est un anémique permanent, souvent un candidat à l'hémophilie, chez lui donc pas de spoliation sanguine, pas d'opération avec hémorrhagie, pas de saignée. A ce point de vue, comme à un autre, on peut répéter :

Maxima debetur pueris reverentia

Si la maladie traîne un peu, si l'on craint la tuberculose, quelques pointes de feu pourront rendre service et faire cesser une congestion qui tend à la chronicité, et qui, si elle n'est entretenue par les granulations, peut leur servir de point d'appel.

Les enveloppements ou maillot, avec de l'eau froide, jouissent à l'étranger d'une certaine vogue. Ils agissent bien dans les cas graves ; mais le médecin doit en surveiller lui-même l'application en ayant soin d'éviter le frisson. L'application locale de glace demande encore plus de circonspection ; elle doit être maintenue en permanence pour ne pas être nuisible. Lorsque cette condition est remplie, on peut espérer une action énergique de cette médication. Elle convient surtout aux congestions tuberculeuses avec hémoptysie.

Dans un autre sens, les enveloppements d'ouate recouverte d'imperméables (taffetas gommé, papier végétal) sont d'une grande utilité comme dérivatifs, en congestionnant la peau.

En outre le médecin aura recours à une médication interne qui diffère selon qu'il aura affaire à l'une ou l'autre des formes de congestion pulmonaire.

Dans la congestion aiguë idiopathique, le poumon seul est malade ; l'état général n'est sous le coup d'aucune infection, d'une infection grave, s'entend ; car non satisfait des causes banales mises en avant, comme le froid, ne pourrait-on pas préjuger l'intervention microbienne ? Quoiqu'il en soit, vu la localisation précise de la maladie, vu la bénignité, vu le bon état général, il faut s'en tenir au strict nécessaire. Le médicament par excellence de la congestion pulmonaire, c'est l'ipécacuanha qui anémie le poumon par l'acte même des vomissements, par la vasoconstriction générale, par son action laxative ; chez l'adulte on l'associe à l'émétique ; mais chez l'enfant cette association est détestable. On donnera donc l'ipéca seul, soit 30 grammes de sirop et 30 centigrammes de poudre, par cuillerées à café, ou la poudre suivante :

Poudre d'ipéca	0 gr. 30	(3 ans)
Sucre blanc ou vanillé	1 — 50	

En quatre paquets, à dix minutes d'intervalle, eau tiède pour faciliter les vomissements ; s'arrêter dès que l'effet est produit. On peut incorporer cette poudre à de la confiture ou à de la liqueur (groseille, cassis).

Si l'enfant paraît débile, la médication vomitive ne doit pas même être tentée, à cause de son action dépressive (ralentissement du cœur, de la respiration, collapsus).

Contre l'état fébrile on emploie la digitale (D'Heilly, C. de Gassicourt) en teinture VI gouttes pour un enfant de 3 ans, en poudre ou en macération à la dose de 10 centigr. de feuilles (3 ans), par exemple :

Teinture de digitale	VI	gouttes
Eau chloroformée ou camphrée	25	gr.
Sirop de fleurs d'oranger	10	gr.

En trois fois dans la journée. On peut remplacer la teinture par la macération des 10 centigr. de feuilles dans 60 à 80 grammes d'eau.

Pour calmer la douleur, l'opium peut être employé, en surveillant les doses chez les enfants du premier âge : une demi-goutte de laudanum de Sydenham ou le sirop diacode à faible dose, une cuillerée à café (3 ans) ou de préférence la poudre de Dower, dont 55 centigrammes représentent 5 centigrammes d'extrait d'opium, dans la proportion de 4 à 5 centigrammes (3 ans). Mais il ne faut pas oublier que l'opium congestionne le poumon.

Dans le spléno-pneumonie, les moyens médicamenteux à mettre en œuvre seront à peu près semblables (ipéca, digitale) ; mais l'action curative se montre plus lentement.

Dans les congestions secondaires, dans les broncho-pneumonies pseudo-lobaires, l'ipéca et encore plus l'apomorphine (Tordeus) ne doivent être essayés qu'au début tout-à-fait de l'affection et à la condition expresse que l'état général sur lequel elles sont greffées ne soit pas mauvais, il est bon de l'associer à un peu d'alcool ou d'un alcolat aromatique (menthe, mélisse) ; sans cela on fait piètre besogne et voulant tenter un grand coup, on risque souvent le collapsus. Ici en effet, il ne s'agit plus d'affection locale ou à apparence telle ; l'organisme tout entier est atteint ; le foie congestionné et graisseux (A. Siredey, Laure, Bar) ne fait plus de glycogène, n'arrête plus les poisons (Roger) ; l'épithélium rénal en dégénérescence laisse passer l'albumine, et retient les matières extractives toxiques ; le cœur, lésé dans ses vaisseaux (Landouzy et Siredey), dans ses divers tissus, réagit mal contre l'obstacle apporté par les congestions viscérales ; à cela s'ajoutent encore les entraves apportées à l'hématose par la diminution du champ respiratoire, les capillaires pulmonaires saillant dans les alvéoles. Les indications sont donc complexes et ne penser qu'au poumon, c'est ne penser à rien. Nous n'avons pas entre les mains d'arme efficace à opposer directement à la cause réelle de ces désordres, aux microbes et à leurs produits, d'autant plus qu'à l'infection primaire s'ajoute l'infection secondaire, mais nous pouvons favoriser la résistance de l'organisme en le fortifiant par les toniques et les stimulants diffusibles, mais *jamais* aucun émétique, ni tartre stibié, ni oxyde de blanc d'antimoine, ni kermès, etc.

D'abord vient l'alcool sous toutes ses formes, eau-de-vie, potion de Todd, associé au quinquina ; mais surtout les sels ammoniacaux, carbonate ou acétate, l'éther sous forme de sirop, la cannelle (eau distillée et teinture).

La pharmacopée américaine contient sous le nom d'esprit ammoniacal aromatique, la préparation suivante :

Carbonate d'ammoniaque		4 parties.
Solution officinale d'ammoniaque à 22°		10 —
Essence de citron		1,2
— de fleurs de lavande	ãã	0,1
— de piment		
Alcool à 90°		70 —
Eau distillée		15 —

Digitized by Google

dont on prescrit 1 gramme (3 ans) environ en potion, la *liqueur ammoniacale anisée* est une préparation analogue :

Alcool à 90°	24 gr.
Huile volatile d'anis	1 gr.
Solution d'ammoniaque à 22°	8 gr.

(*Pharmacopée allemande*) elle se donne à la même dose. La formule suivante peut aussi rendre des services.

Carbonate d'ammoniaque	2 gr.
Alcool à 80°	10 gr.
Sirop d'éther	30 gr.
Eau distillée de cannelle	100 gr.

A l'aide des formules précédentes, on pourra en confectionner d'autres semblables, combinées selon les besoins.

On aura plus rarement recours au musc, qui convient mieux aux formes graves de la broncho-pneumonie ; il en sera de même de l'ergotine, de la caféine, médicaments de la parésie cardiaque. Contre la fièvre on peut donner la digitale, le sulfate de quinine, bien préférable à l'antipyrine, malgré certains auteurs qui la prescrivent même à les nourrissons d'un an. L'infusion de café noir masque l'amertume de la quinine, et sert à faire accepter le médicament par les enfants.

Mais on n'a pas tout fait en soignant l'état général, il faut songer à l'état local, à la diminution du champ respiratoire, source d'asphyxie. L'air sera renouvelé en été par l'ouverture large et intelligente des fenêtres, l'hiver par le tirage d'une bonne cheminée ; pas de poêles roulants, qui intoxiquent ; une chambre vaste, sans encombrement de choses ni de gens, bien ensoleillée ; un lit non surchargé de couvertures, abrité des courants d'air par des rideaux, mais non pas hermétiquement clos par ceux-ci ; l'atmosphère entretenue dans les environs de 16°, 18°, maintenue constamment humide par des pulvérisations d'eau soit pure, soit contenant de faibles doses d'antiseptiques (acide thymique plutôt que phénique), de substances aromatiques ; essence de thym, de lavande, d'eucalyptus, de wintergreen, etc.

Chez les nourrissons, on recommandera de ne pas serrer les maillots, qui augmentent la gêne respiratoire ; on les fera même supprimer au besoin ; on fera coucher l'enfant alternativement sur les côtés, pour éviter le décubitus dorsal, qui favorise la stase. On le lèvera de temps en temps. Enfin on pourra même pratiquer des inhalations d'oxygène.

Au moment de la convalescence, l'indication capitale réside dans la médication reconstituante : quinquina, huile de foie de morue, idioforme, tannin, créosote (0, gr. 30 à 0, gr. 50 centigrammes par jour vers 5 à 6 ans), séjour à la campagne, dans les bois de sapin ; car il faut penser à la tuberculisation possible. A ce moment, on pourra donner à nouveau l'ipéca, mais comme expectorant, en infusion comme dans la potion suivante :

Racine d'ipécacuanha	0 gr. 30
Eau bouillante	100 —
Liqueur ammoniacale anisée ou eau distillée de laurier-cerise	1 —
Sirop de tolu	20 —

par cuillerées à café toutes les heures.

En résumé dans tous les états congestifs du poumon c'est d'abord au poumon, contre la congestion avant tout autre chose, qu'il faut frapper et qu'il faut frapper énergiquement et à cela servent les dérivatifs, les révulsifs, teinture d'iode, sinapismes, vésicatoires, etc. A la médication locale s'ajoute la médication interne : si l'état général est bon, on fait vomir avec l'ipéca, de préférence à tout autre médicament, à l'apomorphine par exemple. Si le sujet semble faible, peu résistant, au grand jamais, pas de vomitif ; mais les toniques, alcool, quinquina, les stimulants diffusibles, ammoniaqne et ses sels, éther, etc.

Dans la convalescence surveillons toujours la tuberculose.

H. Gillet.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

I. **Traitement abortif du furoncle par l'acide phénique.** — On connaît les succès des injections phéniquées contre l'anthrax. Ces mêmes injections peuvent être utilisées avec succès contre les furoncles.

M. Bidder (de Berlin) emploie dans ce but une solution phéniquée à 3 pour 100.

Technique opératoire. — Elle varie suivant le volume du furoncle :

1° *Petits furoncles*, du volume d'un pois à celui d'une noisette : une seule injection de quelques gouttes de liquide.

2° *Moyens furoncles* : deux injections sur le pourtour de la tumeur.

3° *Gros furoncles* : quatre piqûres au pourtour du centre et à deux ou trois centimètres l'une de l'autre.

Précautions à observer. — Diriger l'aiguille obliquement et conduire le liquide antiseptique au centre du foyer.

III. Pansement post-opératoire. — Laver soigneusement la peau, et la recouvrir d'une compresse imbibée d'eau phéniquée.

II. **Traitement de la cystite chronique par l'iodoforme.** — On a fait dernièrement grand bruit autour de ce traitement en Allemagne et ailleurs. D'après L. Frey il consiste :

1° Dans le *lavage de la vessie* à l'eau tiède préalablement bouillie.

On répète ces lavages trois fois quotidiennement.

2° A faire suivre chaque lavage vésical d'une injection avec un litre d'eau tiède additionnée d'une cuillerée à café de l'émulsion suivante :

Iodoforme	25 gr.
Glycerine	30 gr.
Eau distillée	10 gr.
Gomme adragante	0, 10 centigr.

III. **Vin purgatif à la cascara sagrada.** — On peut préparer ce vin par macération. En voici la formule :

Ecorce concassée de cascara sagrada	50 gr.
Vin de Lunel	1000 gr.

Faire macérer pendant quatre jours.

Une cuillerée à soupe correspond à 0, 75 centigrammes d'iurie.

Ou bien, plus rapidement on obtient ce vin par le mélange suivant :

Extrait fluide de cascara sagrada	XX gr.
Vin de Lunel	60 gr.

On ingère cette dose en une seule fois.

S. R.

INFORMATIONS

Société médico-pratique. — *Séance du 14 avril.* — Ordre du jour : 1° M. Duchesne, rapport sur la candidature de M. Deseille.

2° M. Ory, traitement de la blennorrhagie par la résorcine.

3° M. Groussin, polypes des fosses nasales ; ablation ; perte presque complète de l'odorat.

4° M. Huchard, observation de pseudo-méningite hystérique.

5° M. Cadet de Gassicourt, quelques notes sur le traitement de la fièvre typhoïde chez l'enfant.

6° M. Cazenave de la Roche, sur l'emploi de l'ergotinine dans les états congestifs du cerveau.

DÉPARTEMENTS

Saint-Etienne. — **Instructions du bureau municipal d'hygiène sur la prophylaxie de la fièvre puerpérale.** I. *Précautions à prendre pendant le travail.* Le germe morbide peut être apporté soit par l'air vicié de la salle, soit par les doigts ou les vêtements de l'accoucheur, de l'accoucheuse, de la

Digitized by Google

garde-malade ou de tout individu ayant été en contact avec une personne atteinte de fièvre puerpérale ou même d'une maladie contagieuse telle qu'érysipèle, scarlatine, fièvre typhoïde, variole, etc.

Les doigts, les vêtements, les éponges, le linge peuvent être les véhicules du microbe; voici les précautions qu'il convient d'adopter en *toute circonstance*.

(*a*) *Les mains et les ongles* d'abord lavés, savonnés et brossés minutieusement dans l'eau ordinaire, seront ensuite trempés à plusieurs reprises dans une solution désinfectante. Le toucher vaginal et les manœuvres opératoires ne seront pratiqués qu'avec les doigts, les mains ou les instruments enduits de vaseline ou d'huile phéniquée (1 pour 20).

(*b*) *Vêtements.* — Lorsqu'on aura visité ou approché une personne atteinte de fièvre puerpérale ou d'une des maladies contagieuses indiquées plus haut, on ne devra se rendre auprès d'une femme en travail ou récemment accouchée qu'après avoir changé de vêtements et de linge et s'être lavé les mains et le visage. Les vêtements suspects seront mis de côté et désinfectés soit à l'étuve de vapeur, soit aux vapeurs de soufre, soit par l'eau bouillante ou par une solution antiseptique.

(*c*) *Les éponges* sont des ré eptacles de miasmes ; il vaut mieux ne pas s'en servir et les remplacer par de l'ouate désinfectée qu'on brûle après usage.

(*d*) *Linge.* Les compresses servant à la toilette de l'accouchée, les draps, les serviettes, les linges, et bandages de corps seront propres et fraîchement lavés. Un vieux préjugé aussi ridicule que nuisible veut que le linge neuf ou fraîchement lessivé provoque des hémorrhagies ; il n'en est rien. Les draps destinés à garnir le lit, les chemises et camisoles, en un mot tout le linge de l'accouchée, seront blancs et propres. S'il survient une perte, elle n'est point attribuable à cette cause et doit être soignée par les moyens ordinaires.

II. *Après l'accouchement.* — Immédiatement après la délivrance on pourra faire une injection antiseptique tiède à 37° ; si l'accouchement a été normal, la toilette de l'accouchée sera faite avec le même liquide.

Dans tous les cas *simples ou laborieux*, on appliquera sur la vulve et le périnée ou même on introduira dans l'orifice vulvaire, une compresse ou de l'ouate imbibée d'une des solutions indiquées ci-dessous, et on la renouvellera toutes les deux heures.

Il est *facultatif* de faire des injections vaginales après chaque accouchement normal ; mais il y a *nécessité et obligation* absolues de les prescrire et de les pratiquer dans les cas de complication et particulièrement :

1o Lorsque l'enfant est venu macéré ou putréfié et qu'il existe une odeur repoussante ;

2o Dans le cas de rétention de membranes placentaires;

3o Lorsqu'il y a fétidité des lochies ;

4o S'il existe une dechirure ou une eschare un peu étendue de la vulve ou du périnée ;

5o Enfin lorsqu'il survient un état fébrile et des douleurs de ventre un peu accentuées, les injections vaginales ne suffisent plus ; il faudra faire prévenir immédiatement un médecin pour pratiquer des injections intra-utérines deux ou trois fois par jour.

Formulaire. — *A.* Solutions ordinaires. I. — *Eau* : 1 *litre.* — *Acide phénique cristallisé* : 20 grammes. — Solution à employer pure, en compresses ou en injections.

II. — *Eau* : 1 *litre.* — *Sublimé* : 1 gramme. — *Alcool* : 20 grammes. — *Acide picrique* : 0, 25 centigrammes (pour colorer). Solution à employer *pure* dans les cas graves et habituellement *dédoublee*, en compresses ou en injections.

III. — *Huile d'olives ou vaseline* : 40 grammes. — *Acide phénique cristallisé* : 2 grammes. Mélange pour le toucher vaginal.

B. Solutions concentrées IV. — *Acide phénique cristallisé* 200 grammes. — *Alcool* : 100 grammes. Une cuillerée à soupe (15 grammes) de cette solution renferme 10 grammes d'acide phénique. — Dose : 2 cuillerées à soupe par litre d'eau.

V. — *Sublimé* : 10 grammes. — *Alcool à 86°* : 240 grammes. — *Acide picrique* : 2 grammes. Une cuillerée à soupe (15 grammes) de cette solution contient 0, 50 centigrammes de sublimé. — Dose : une cuillerée à soupe par litre d'eau (solution ordinaire) ; 2 cuillerées à soupe (solution forte).

Nota. — Pour ces solutions de sublimé ne pas se servir de vase de métal et quitter ses bagues. L'érythème vulvaire qui survient parfois après l'emploi des antiseptiques sera traité par la poudre d'amidon.

ÉTRANGER

Allemagne. — **Congrès international de médecine de Berlin.** — Dans la *section d'anatomie* on a mis à l'ordre du jour les communications suivantes : 1o Les circonvolutions du cerveau ; 2o La doctrine du noyau et de la division cellulaire ; 3o histogénèse et rapport des éléments nerveux.

Dans la *section d'ophtalmologie* : 1o L'ophtalmie sympathique ; 2o Le trachome ; 3o De l'influence de la lumière électrique sur l'œil.

Dans la *section de laryngologie* : 1o Discours de M. Frankel sur les progrès de laryngologie depuis le dernier congrès international de Washington ; 2o Diagnostic et traitement du cancer du larynx par M. H. Trentham Buttler (de Londres) et Gottstein (de Breslau) ; 3o Des déviations de la cloison nasale par M. A. Hartmann (de Berlin) ; — 4o Du diagnostic et du traitement des maladies des cavités accessoires du nez par MM. Bride (d'Edimbourg) et Schech (de Munich); 5o De la syphilis des premières voies aériennes par MM. Schrotter (de Vienne) et Leffert (de New-York) ; 6o Des inflammations aiguës et infectieuses du larynx et du pharynx par M. Massei (de Naples) et M. Schmidt (de Francfort) ; 7o De l'intubation par M. O. Dwyer (de New-York).

INDEX BIBLIOGAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

Clinique chirurgicale

Guyon (A.). Anurie consécutive à un épitheliome des voies urinaires (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, mars 1890).

Lalesque (F.). Ponction vésicale hypogastrique, avec sonde sus-pubienne à demeure et lavages antiseptiques de la vessie, dans deux cas de prostate infranchissable. (*Annales des mal. des organes génito-urinaires*, mars 1890).

Rolland : Moyens très pratiques d'asepsie dans la cataracte (*Recueil d'ophtalmologie*, février 1890.)

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

Lavaux (J. M). — Leçons pratiques sur les maladies des voies urinaires (Paris 1890, G. Steinheil, prix 6 francs).

Sevestre. — Etudes de clinique infantile. — Syphilis héréditaire précoce. — Laryngite syphilitique. — Broncho-pneumonie par infection intestinale. — Prophylaxie de la rougeole et de la diphtérie à l'hospice des Enfants-Malades (1 vol. in-8o de 143 pages avec figures dans le texte. Prix : 3 fr).

Erratum. — Page 206 du no 13, colonne 2, ligne 6 au lieu de « un cardiaque dont... » il faut lire « à un cardiaque alors que les artères ne sont pas lésées ou le sont assez peu... »

Le Directeur-Gérant, Henri Huchard.

Paris — Imprimerie Décembre, 326, rue de Vaugirard.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE — N° 16 — 16 AVRIL 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ELOY

COMITÉ DE RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, AL. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

REVUE GÉNÉRALE

MÉDECINE

De la Pathogénie des érythèmes

Il n'est peut-être pas en médecine d'étude plus pratique et destinée à être plus fructueuse que celle de la pathogénie des maladies. A coup sûr, c'est déjà un grand point que de pénétrer le mécanisme intime des actes morbides, en un mot que d'élucider le problème de physiologie pathologique; mais ce résultat ne saurait être comparable à celui qui conduit à la notion des causes premières et dévoile ainsi le véritable ennemi à combattre.

Or c'est une étude de ce genre que vient de publier M. le Dr Ernest Besnier dans les Annales de dermatologie et de syphiligraphie, numéro de janvier 1890.

L'éminent dermatologue cherche à élucider le problème pathogénique des érythèmes, question devenue à coup sur très complexe, depuis que l'examen plus attentif et plus minutieux des faits a démontré la multiplicité des causes qui peuvent engendrer ces éruptions.

M. Besnier limite ses recherches aux érythèmes polymorphes ou multiformes et aux érythèmes scarlatiniformes. Ainsi compris, le sujet reste encore suffisamment vaste. D'ailleurs, dans la classe des érythèmes, le polymorphe est celui qui offre le plus d'importance et les considérations, auxquelles il se prête, peuvent s'appliquer aux autres érythèmes généralisés.

L'auteur fait remarquer que dans l'état actuel de la dermatologie, ces éruptions ne forment pas une classe définie. Faute de caractères précis, les dermatologues en étendent à leur gré ou en restreignent les limites. Il faut donc rechercher à l'heure actuelle les moyens d'individualiser les espèces. On y arrivera d'après M. Besnier, en coordonnant l'ensemble des éléments morbides : causes, lésions, évolution générale, et en ne se berçant plus de l'espoir, ainsi qu'on le faisait autrefois, de trouver un caractère pathognomonique, qui n'existe pas.

Hebra ne comprenait dans la classe des érythèmes polymorphes que les formes d'origine primitive ou autogène. M. Besnier, d'accord en cela avec la plupart des dermatologues, déclare que le cadre doit être élargi. Il est nécessaire, en effet, de faire rentrer dans cette classe les formes morbides analogues, qui reconnaissent une cause externe, toxique ou infectieuse.

Maintenant, quand on prête attention aux faits, il est une condition qui prime absolument toutes les autres. Cette condition se rattache à l'état individuel. On ne saurait douter que certains sujets possèdent une aptitude toute spéciale à l'éclosion de l'érythème, comme il en est d'autres qui ne peuvent tolérer certains poisons, médicaments ou aliments sans avoir à la peau une irritation déterminée et toujours la même, chez le même sujet. Chose remarquable, la forme de l'éruption, dans bien des cas, paraît tenir bien plus au sujet qu'à la nature de la cause extrinsèque. Celle-ci, en effet, chez un autre individu, déterminera une éruption absolument différente mais qui récidivera toujours dans la même forme.

M. Besnier fait remarquer que, dans bien des cas l'aptitude morbide est favorisée par des causes banales, le froid par exemple, dont le rôle a été mis en évidence par les expériences de Pasteur. Cet illustre savant a démontré en effet que la force de résistance des animaux, des poules en particulier, à l'action des virus, était notablement amoindrie par la réfrigération.

L'acte vital, qui engendre les lésions cutanées de l'érythème polymorphe, est névro-vasculaire. Le fait est acquis depuis longtemps. Mais il ne faut pas oublier que ces phénomènes vaso-moteurs ne sont point exclusifs à l'érythème multiforme. Ils se retrouvent dans tous les autres érythèmes. Bien plus, on peut les rencontrer dans d'autres processus morbides. Ils ne peuvent donc servir à qualifier la variété d'érythème qui nous intéresse et le dermatologue est obligé de chercher ailleurs des éléments nosologiques précis.

Les trouvera-t-il dans l'étude exclusive des conditions pathogéniques? Pas davantage. La condition pathogénique n'est ni univoque, ni spécifique. Elle varie d'origine et de nature dans des proportions fort étendues. Cet irritant, cause première du trouble vasculo-nerveux, qui engendre l'érythème, peut être mécanique ou chimique, alimentaire ou médicamenteux. Mais il peut être aussi élaboré au sein de l'économie par nombre d'altérations simples ou spécifiques des solides ou des liquides, qu'il s'agisse, en cas de spécificité, de ptomaïnes ou de pullulation microbienne.

Notons également l'importance d'être édifié sur la valeur du qualificatif infectieux, appliqué à certains érythèmes, en raison de leur origine supposée et de leur gravité spéciale.

Tous les érythèmes, selon la très juste remarque de M. Besnier, peuvent être infectieux ou non, suivant la nature et la quantité de l'agent causal, mais

Digitized by Google

surtout suivant la façon de réagir du sujet intéressé. Ainsi, il est clair qu'un individu, non soumis à des causes, abaissant sa résistance vitale, dont les émonctoires fonctionnent régulièrement et qui n'a pas d'intolérance propre, peut supporter impunément une infection accidentelle. Ses tissus possèdent une force suffisante pour éliminer, sans qu'il en résulte pour lui-même un préjudice appréciable, la matière infectieuse qui a pénétré son organisme.

Si l'on entre maintenant dans l'analyse détaillée des faits cliniques, la solution du problème pathogénique est entourée de semblables difficultés. Limitons les exemples et supposons qu'il s'agisse simplement d'érythèmes rhumatismaux, blennorrhagiques ou typhoïdes. Que de causes diverses peuvent les engendrer.

Ainsi, on sait aujourd'hui que l'érythème polymorphe, dit rhumatismal, a le plus souvent d'autres origines. D'abord le terme rhumatisme ne doit plus être compris comme il l'était, il y a une dizaine d'années. A côté des manifestations du rhumatisme aigu vrai, que beaucoup d'auteurs même considèrent actuellement comme une maladie infectieuse, vient se grouper toute une série d'actes morbides analogues, cliniquement mais non identiques d'origine qui constituent le groupe des rhumatismes infectieux ou pseudo-rhumatismes, et qui compte l'érythème polymorphe parmi ses manifestations. Cette espèce d'érythème ne saurait donc être rattachée exclusivement au rhumatisme vrai. Bien plus, aux yeux de M. Besnier, la modalité éruptive qui nous occupe ne relève pas de la diathèse rhumatismale proprement dite, mais de l'état infectieux qui préside, d'après certains auteurs, à l'éclosion des manifestations articulaires aigues. Il est possible enfin que l'éruption soit sous la dépendance des médicaments, administrés contre le rhumatisme.

On voit donc combien le problème est complexe et combien il est difficile d'arriver à une solution, dans l'état actuel de la science.

S'agit-il d'érythèmes, accompagnant la blennorrhagie ? L'embarras est le même. Où trouver l'élément vraiment pathogénique ? Est-ce l'irritation de l'urèthre, ou l'agent virulent de la blennorrhagie, ou la résorption purulente ou enfin le médicament administré ? Que conclure ? Autrefois on attribuait au copahu les éruptions survenant dans le cours des écoulements uréthraux. La chose est possible, à preuve leur disparition par la cessation du médicament. L'erreur serait de généraliser. Il est aujourd'hui hors de doute que l'érythème polymorphe, qui accompagne la blennorrhagie, peut reconnaître d'autres causes. Et d'abord, M. Besnier fait remarquer que, relativement au nombre considérable de malades qui prennent du copahu, il en est fort peu qui soient atteints d'érythèmes. En outre, on n'a pas besoin, dans la plupart des cas, d'interrompre le médicament pour voir l'éruption céder rapidement. Il est possible enfin, et c'est encore M. Besnier qui nous l'apprend, de distinguer quelquefois l'érythème copahutique de ceux qui sont tributaires de la blennorrhagie vraie. Tandis que le premier est très prurigineux, les autres causent peu ou pas de démangeaisons et sont accompagnés d'un état fébrile au début. Mais alors même que la distinction peut être faite, la question n'en reste pas moins complexe, car nous avons vu quelques lignes plus haut que les éruptions blennorrhagiques vraies peuvent avoir bien d'autres origines.

Dans la fièvre typhoïde enfin et principalement dans sa convalescence, apparaissent des érythèmes multiformes à type infectieux grave ou bénin, qui ne doivent point être attribués au typhus abdominal. Ils relèvent, soit d'une lésion secondaire à la toxémie typhique, telles que l'endocardite ulcéreuse ou la néphrite albumineuse, auxquelles la dothiénenterie a servi d'agent préparatoire, soit encore d'actions médicamenteuses diverses.

L'élément pathogénique vrai de l'érythème polymorphe, qui accompagne la fièvre typhoïde n'est donc pas plus facile à débrouiller que dans les maladies précédentes.

Inutile de multiplier les exemples. Les considérations précédentes peuvent s'appliquer aux érythèmes polymorphes du choléra, du puerpérisme, des endocardites infectieuses, de la scrofulo-tuberculose, de la syphilis.

Dans un second chapitre, M. Besnier démontre encore avec la précision qui lui est familière, que les érythèmes scarlatiniformes, étudiés au point de vue pathogénique, comportent les mêmes conclusions. C'est toujours, dans l'ordre causal, le sujet qui occupe le premier rang, la prédisposition qui joue le principal rôle et détermine la nature spéciale de l'érythème, bien plus que toutes les autres conditions étiologiques, dont il est aisé de constater la variabilité, l'inconstance et souvent la banalité.

A propos de ces érythèmes scarlatiniformes, l'auteur entre dans des considérations cliniques, que nous désirons mettre en relief, en raison de leur importance au point de vue du diagnostic.

Bien souvent rien n'est plus difficile à distinguer de la scarlatine vraie que l'érythème, dit scarlatiniforme. Même réaction générale, mêmes caractères objectifs, souvent mêmes localisations. Dans bien des cas, le diagnostic ne peut être établi avec certitude et par prudence le devoir du médecin est d'isoler le malade. L'impossibilité de trouver comme cause de l'éruption un foyer contagieux milite déjà en faveur de l'érythème. Mais un élément, qui a plus de valeur, est la simultanéité et la coexistence de l'éruption et de la desquamation. Dans la scarlatine, ces deux phénomènes se succèdent, mais ne coexistent pas. Trop souvent, néanmoins, ce ne sont que la durée prolongée, le caractère récidivant et le défaut de contagiosité qui permettent d'arriver à la vérité. Il faut donc, avant de se prononcer, savoir attendre et encore une fois recourir provisoirement aux précautions d'isolement, imposées par l'hypothèse d'une scarlatine vraie.

Digitized by Google

M. Besnier insiste aussi sur la nécessité de séparer les érythèmes scarlatiniformes des éruptions scarlatinoïdes, qui éclosent secondairement dans le cours des pyrexées graves. Ces éruptions ont des caractères spéciaux, qu'il importe d'autant plus de signaler que certains médecins les considèrent encore comme des scarlatines vraies. On doit retenir qu'elles ont toujours une origine infectieuse, que leur marche est rapide et qu'elles ne possèdent ni spécificité, ni pouvoir de transmissibité, comme les fièvres éruptives.

Cette digression terminée, revenons au remarquable travail de M. Besnier et aux conclusions pratiques qui en découlent.

En résumé, l'éminent dermatologue de l'hôpital Saint-Louis, se fondant sur les notions acquises en étiologie et en physiologie pathologique, a cherché à démontrer que la pathogénie des érythèmes est beaucoup plus complexe qu'on ne l'avait pensé jusqu'ici et que dans cet ordre de recherches, il faut attacher la plus grande importance à la condition individuelle, à la prédisposition innée ou acquise. Bien que M. Besnier n'ait envisagé dans son étude que les érythèmes polymorphes et scarlatiniformes, les considérations, dans lesquelles il est entré, s'appliquent aux autres espèces d'érythèmes.

Il en résulte que le praticien, en présence d'une éruption de ce genre, doit s'enquérir avec soin de la tare diathésique du sujet et de sa prédisposition aux érythèmes, prédisposition qu'il a pu, dans bien des cas, constater déjà antérieurement. Cela fait, il doit rechercher dans le monde extérieur, c'est-à-dire dans la série des éléments infectieux venus du dehors, des médicaments ingérés ou des agents climatériques ou chimiques, les conditions qui ont pu provoquer déjà ou peuvent provoquer à l'heure actuelle la manifestation cutanée. Ce n'est qu'à ce prix qu'il aura chance de découvrir l'élément pathogénique réel ou tout au moins le plus probable et de constituer de la sorte, une thérapeutique rationnelle, en même temps qu'il sera en mesure de prévenir les récidives, par ce fait même qu'il connaîtra l'attitude morbide du sujet et les causes qui la mettent en jeu.

Dr Alex. Renault.
Médecin des hôpitaux de Paris.

CLINIQUE MÉDICALE

La contagion de la phtisie pulmonaire avant la doctrine parasitaire

par le Dr L. de SANTI, *médecin-major*

Quand on se rappelle aujourd'hui le scepticisme général et même l'hostilité qui accueillirent à ses débuts la découverte de M. Villemin, on se demande comment le dogme de la contagiosité de la tuberculose a pu être si longtemps méconnu et si aveuglement contesté. Trente ans en effet se sont à peine écoulés et ce qui semblait un paradoxe est devenu une banale vérité. Non seulement la tuberculose est maintenant placée au premier rang des maladies infectieuses, mais encore telle est l'importance attribuée à la contagion dans la propagation de cette affection, que tout l'effort des pouvoirs publics, tous les soins des hygiénistes et des épidémiologistes, toutes les recherches des bactériologistes sont uniformément dirigés, depuis quelques années, vers l'étude des moyens propres à restreindre la diffusion des germes de la tuberculose.

La démonstration de la contagiosité de la tuberculose a donc été un des faits les plus considérables de ce siècle; elle a ouvert une des voies les plus fécondes au progrès humanitaire et elle suffira certainement à placer le nom de son auteur au même rang que ceux de Jenner, de Lister et de Pasteur.

Chose étrange cependant, si l'on vient à jeter un coup d'œil en arrière, on s'aperçoit que, bien avant M. Villemin, la doctrine de la contagiosité de la tuberculose, du moins en ce qui concerne la phtisie pulmonaire, avait été formulée nettement et défendue sur les données de l'observation clinique.

Bien plus, des conclusions thérapeutiques, des règles de prophylaxie en avaient été tirées, dont l'importance et la précision ne le cèdent en rien à celles qu'on a posées aujourd'hui sur les bases de la pathologie expérimentale.

Ces faits cependant sont demeurés dans l'ombre, oubliés par les uns, méconnus par les autres. Il nous a semblé que ce ne serait point diminuer la gloire de nos contemporains que de les rappeler et de rendre aux précurseurs la part de mérite qui leur est due dans la solution d'un des plus grands problèmes de la pathologie générale.

Les anciens, tout en ne sachant pas exactement quel était le domaine de la tuberculose, connaissaient parfaitement la phtisie pulmonaire et, bien avant Bayle et Laennec, on trouve dans les ouvrages de certains médecins des descriptions absolument remarquables de la phtisie pulmonaire.

Je cite par exemple la suivante, peu connue, d'un médecin espagnol de la fin du dernier siècle, Dom Antonio Perez de Escobar (1), qui a écrit des pages absolument remarquables sur la question qui nous occupe et dont l'œuvre originale mérite de sortir de l'ombre :

La phtisie, dit-il, *es quelquiera extenuacion, sino la consumpcion de todo el cuerpo, nacida por ulcera del polmon.* — (C'est un certain dépérissement allant

(1) Avisos medicos, populares y domesticos. Historia de todos los contagios, in-8°, Madrid 1776.
J'ai traduit littéralement les passages que je cite de ce ouvrage.

Digitized by Google

jusqu'à la consomption de tout le corps et causé par l'ulcération du poumon). Voici maintenant la description qu'il fait de la tuberculose pulmonaire :

« La phtisie dite tuberculeuse, fréquente, selon quelques médecins, est ainsi nommée parce qu'elle résulte de tubercules ou de petites tumeurs du volume, les unes d'un grain de mil, d'un pois ou d'un pois chiche, les autres d'un haricot, d'une fève ou d'une chataigne ; elles sont uniques ou multiples, disséminées ou contigües. Leur consistance est en général de deux sortes : tantôt elle est dure, comme squirrheuse, terreuse ou pierreuse, d'autre fois elle est plus molle, comme gélatineuse et grasse, analogue à du savon, du plâtre, de la craie ou à la matière des vieux abcès. Ces concrétions morbides se développant dans les vésicules et dans les fines ramifications des lobules pulmonaires, dont la suppuration est difficile ou impossible, il s'en suit que le mal afflige les malades pendant des années entières ; d'où une perturbation de la fonction pulmonaire ou du moins une gêne fonctionnelle qui en affaiblit considérablement l'action, et comme conséquence, une élaboration vicieuse des humeurs et un trouble de la sanguification pouvant amener en dernier lieu la cachexie ou le tabes suivis d'anasarque ou qui épuise les patients jusqu'à la dernière extremité, puis finalement, la maladie étant parvenue à sa dernière période, la mort avec toux, fièvre et consomption. »

« D'autrefois, ajoute-t-il, ceux qui, sous l'influence de la même cause tuberculeuse, ont présenté d'abord de la fièvre, de la dyspnée et une toux plus ou moins sèche, continuent avec les mêmes symptômes pendant la seconde période et même plus longtemps, mais pendant ce temps les diverses matières concrètes ou les tubercules, s'ils sont nombreux et contigus, se mettent à suppurer un à un et finissent par former une énorme accumulation de matières sous forme d'une grande poche spécialement appelée vomique, ou d'une collection de pus verdâtre et libre. »

Ainsi, tout en différenciant la phtisie tuberculeuse des autres variétés d'ulcération du poumon, Escobar renfermait, comme d'ailleurs les médecins de son temps, sous le titre vague de phtisie, une foule d'autres états, tels l'abcès et la gangrène du poumon et probablement aussi la pleurésie purulente. Mais s'il a bien vu la forme granuleuse ou infiltrée de la tuberculose au début, il n'a pas saisi le lien qui reliait cette forme à l'ulcération du poumon et n'a pas compris qu'il s'agissait là de deux degrés d'une même affection. En effet, partisan convaincu de la contagiosité de la phtisie, il a soin de spécifier que cette forme de phtisie, la tuberculisation, « n'est pas contagieuse, parce qu'elle ne provient pas d'un ulcère rongeur du poumon. »

La plupart des auteurs, en effet, à l'exemple de Fracastor (1), qui, je crois, établit le premier ce caractère différentiel entre les diverses phtisies, considéraient la contagiosité comme l'un des caractères de la phtisie vraie.

Il y a, dit Fracastor, plusieurs espèces de phtisie, telles celle qui succède à une hémoptysie (*pthisis ab hemoptoe* de Morton), celle qui résulte de l'inspiration de vapeurs irritantes, celle qui est la conséquence d'une suppuration prolongée ou d'une maladie organique du poumon (2). Toutes ces phtisies, acquises, d'origine irritative, en quelque sorte locales, ne sont pas contagieuses. Mais il en est une autre espèce, d'origine constitutionnelle, qui ne relève d'aucune cause irritante, qui se transmet héréditairement d'une génération à l'autre et qui est extrêmement contagieuse ; c'est la phtisie vraie. — Morton partage la même opinion.

Cette phtisie vraie est tellement contagieuse qu'elle ne se manifeste guère, chez les sujets prédisposés, qu'à la suite d'une contagion, par ce que le patient s'est trouvé en contact d'un phtisique atteint lui-même de cette variété. Et du reste c'était ce caractère abstrait, à savoir que « d'un phtisique infecté par un autre phtisique elle peut aller infecter un troisième (3) », c'était ce caractère, disons-nous, qui spécifiait le plus nettement la phtisie vraie.

Escobar cependant est moins absolu. Il admet que toutes les formes de phtisie peuvent aboutir à la phtisie vraie, c'est-à-dire à l'ulcération du poumon, et il donne une description clinique de cette phtisie : « Quand, chez un malade présentant des signes de phtisie pulmonaire de n'importe quelle origine, dit-il, on observe un amaigrissement extrême, non seulement du tissu cellulaire, mais des muscles eux-mêmes, en un mot l'état marastique, quand le malade expectore des crachats grumeleux, irréguliers et fétides, provenant de la corruption ulcéreuse de la substance des poumons, quand il s'y ajoute une fièvre putride, quand les cheveux tombent, quand les ongles s'incurvent, quand les pommettes deviennent le siège d'une rougeur permanente, on doit tenir le malade pour phtisique confirmé, suspect de contagion et capable à son tour de contagionner d'autres personnes, en particulier ses commensaux, ceux qui le soignent et qui habitent avec lui. »

Quoi qu'il en soit et bien avant cette époque, la

(1) J. Frascator. De contagionibus et contagiosis morbis et eorum curatione, in-4°, Venise, 1546.

(2) Morton admettait seize espèces de phtisie ; Sauvages, vingt ; Portal, quatorze, etc. Le grand mérite de Bayle est d'avoir ramené à l'unité cette étonnante multiplication des espèces.

(3) J. Fracastor. *Loc. cit.*

Digitized by Google

doctrine de l'hérédité et de la contagiosité de la tuberculose se trouve exprimée nettement dans plusieurs auteurs.

(*A suivre*) DE SANTI.

LE DIAGNOSTIC DES MALADIES

REVUE BI-MENSUELLE DES CLINIQUES

MÉDECINE

Paris. — **Hopital de la Charité.** (Service de M. POTAIN) : I. *L'asthenie post-grippale.* — **Hopital de la Pitié.** (Service de M. JACCOUD) : II. *Le diagnostic précoce de la fièvre typhoïde.* — Montpellier : **Hopital St-Eloi.** (Service de M CASTAN) : III. *Variole et Varicelle : leurs rapports.*

I. **L'asthénie post-grippale.** — « La grippe est une maladie à reprises et à surprises. »

Un clinicien dont la plume est universellement sympathique l'a prouvé dans ces colonnes (1); inutile d'insister.

Ses reprises? Les épidémiologistes d'autrefois les ont souvent signalées.

Ses surprises? On ne se tient jamais trop en garde contre elles. Elles sont mal connues, et comme M. Potain le disait dernièrement avec la haute autorité attachée à sa parole : « C'est maintenant qu'on commence à les observer ».

En voici la preuve. Un malade entre dans le service de M. Potain, deux mois environ après une attaque de grippe. Il en est guéri ; on le pensait du moins L'attaque avait été légère ; cet homme ne s'était pas alité.

Au moment de son admission, il se plaignait cependant d'amaigrissement, d'inappétence, de faiblesse générale ; il traînait ; tout travail lui était impossible. D'où venaient ces accidents?

Ses antécédents héréditaires sont nuls. Il a eu antérieurement les symptômes d'une néphrite. Actuellement son urine contient de l'albumine. Déjà avant la grippe, il restait rénal et albuminique; mais point d'œdème, pas de céphalalgie, pas de cylindres dans les urines. La grippe n'a pas aggravé sa néphrite. Ce n'est ni un albuminique ni un brightique ; il faut chercher ailleurs que dans le rein l'origine de son état morbide.

Il avoue des excès de boissons ; ses réflexes plantaires sont accrues ; mais c'est tout. C'est peu, et cela ne suffit pas pour mettre en cause l'alcoolisme. M. Potain explore les organes de la circulation : point d'hypertrophie du cœur ; netteté de ses bruits ; le pouls dépressible bat 88 à 92 fois par minute ; la tension artérielle est de 12 centimètres de mercure. Il ne s'agit donc pas d'un cœur rénal.

Il existe de l'anémie et un notable abaissement du chiffre de l'hémoglobine.

Quel est l'état des fonctions digestives? Point de troubles dyspeptiques. Le malade s'alimente suffisamment et il y a une diminution persistante de l'appétit : c'est tout.

L'exploration des divers organes est donc négative ; le diagnostic est épineux ; il faut frapper à toutes les portes.

On s'adresse donc au poumon. Rien à gauche. A droite et à la percussion du skodisme sous-claviculaire, une diminution de la sonorité dans la fosse sous-épineuse. A droite encore, et par l'auscultation, de l'augmentation en force et en durée de l'expiration, quand la respiration est profonde ; rien en l'absence de grands efforts respiratoires. Et l'expectoration ? Elle est muqueuse et contient tout au plus des traces de crachats opaques.

Ce malade, on l'a vu, n'est point un rénal. La faible quantité d'albumine qu'il élimine ne suffit pas pour donner raison de l'altération profonde de son état général.

On a vu encore qu'il n'est point un cardiaque. Serait-il donc un phtisique ? les troubles de la respiration sont légers ; ils seraient insuffisants pour formuler le diagnostic de tuberculose en l'absence de bacilles dans les crachats le bacille spécifique y existe ; faut-il formuler le diagnostic de phtisie ? Non. M. Potain s'y refuse. Il y a des microbes de Koch dans les crachats ? Oui ; mais cette tuberculose est ancienne ; elle existait avant l'attaque de grippe. C'était, pourrait-on ajouter, une tuberculose tolérable et tolérée, et contrairement à l'évolution habituelle de la phtisie, les signes d'affaiblissement général se sont manifestés longtemps après l'apparition des signes locaux, et non point, comme d'ordinaire, avant leur instauration. En outre, autre symptôme négatif : apyrexie absolue, pas de mouvement fébrile, même vespéral. Ne sait-on pas que la fièvre manque rarement dans les formes même les plus silencieuses de la tuberculose.

D'élimination en élimination nous voici donc conduit à attribuer à la grippe l'origine de cet état morbide. Eh bien ! ce diagnostic étiologique est justifiable.

L'adynamie, l'asthénie s'observent au début de la grippe. Elles en sont comme les phénomènes initiaux ; leur constance est absolue Elles se manifestent dans les formes même légères ; persistent durant le cours de la maladie, et s'éternisent encore, lorsque la convalescence ne s'établit pas franchement.

L'étiologie de l'asthénie grippale n'est donc pas nécessairement et toujours justifiable par l'existence de complications ou de lésions pulmonaires, rénales ou cardiaques. Que la grippe aggrave ces lésions, quand elles préexistent ; soit. Qu'elle les provoque ou les éveille ; soit encore ; mais dans l'une ou dans l'autre de ces circonstances, l'asthénie grippale s'explique par l'affaiblissement de l'organisme. Ici, comme ailleurs, c'est donc une question de terrain.

Et puis, on ne saurait assez le remarquer, après M. Potain et avec d'autres observateurs, cet affaiblissement est à la fois physique et intellectuel. Ici, perte des forces, débilité musculaire, plus de résistance aux moindres fatigues ; là, inaptitude aux travaux de l'esprit, abaissement de l'intelligence, indifférence et même perversion morale. Avec l'adynamie physique, voici, pour avoir ainsi parler, une sorte d'adynamie morale.

La grippe, on l'a dit, aime le système nerveux. La multiplicité et l'ubiquité de ces manifestations montrent que

(1). Voir : *Revue générale de clinique et de thérapeutique :* Nos 50, 51, 52, de 1889.

Digitized by Google

l'action du poison grippal s'exerce sur toutes les parties du système nerveux. Cette notion étiologique fait peut-être soupçonner l'origine des accidents de neurasthénie, d'hystérie et de délire, dont on observe l'éveil après la grippe. En tout cas, résultat pratique, elle donne raison des succès obtenus par la médication reconstituante : amers, toniques, arsénicaux, phosphures, massage, hydrothérapie, et aussi par l'emploi des nervins. Voilà ce qu'il importe de retenir pour formuler le pronostic de l'asthénie grippale, l'espérance de la guérir.

II. **Le diagnostic précoce de la fièvre typhoïde.** Tout à l'heure, je rappelais que la grippe, à son déclin, est une maladie à surprises. Eh bien! à son début, la fièvre typhoïde peut passer pour une maladie à méprises.

Les difficultés de son diagnostic, durant le premier septenaire, sont de connaissance banale. Ce qui l'est moins, c'est une méthode clinique permettant d'éviter les erreurs de diagnostic pendant la période initiale de la maladie, c'est-à-dire durant le septenaire qui précède l'apparition des taches rosées caractéristiques.

Cette méthode existe-t-elle? Voici, de l'avis de M. Jaccoud, comment on doit procéder.

Etablissons des prémisses : il y a des cas avec prodromes, ce sont ceux de *dothiénentérie avec période préfébrile*. Il y a d'autres cas où ces prodromes manquent; ce sont des *dothiénentéries sans période préfébrile*. Ces prémisses une fois établies, distinguons.

De tous les cas, voici le plus simple : il est classique. Un malade accuse de l'amaigrissement, de l'abattement, une altération de l'état général, de la trémulation musculaire, de l'inappétence, de la céphalalgie, des douleurs de tête, de l'inaptitude au travail. Cet ensemble symptomatique persiste pendant plusieurs jours; c'est la période préfébrile d'une dothiénentérie. On soupçonne déjà la nature de la maladie; et la fièvre, en s'allumant, transformera ces soupçons en certitude.

Autre cas : il y a de l'embarras gastrique s'ajoutant aux symptômes précédents. On hésite entre l'embarras gastrique simple ou des troubles digestifs d'origine typhoïdique. Il faut en appeler à l'épreuve thérapeutique. Un vomitif ou un purgatif jugeront définitivement le premier : ils atténueront temporairement les seconds : *Naturam morborum ostendunt curationes*. Une fois de plus le banal aphorisme aura trouvé sa justification.

S'agit-il d'une fièvre typhoïde sans période préfébrile? Le début est brusque : de la céphalalgie, un mouvement fébrile, et c'est tout.

La *fièvre est-elle continue*? Il faut, pour expliquer sa marche, choisir entre une phlegmasie viscérale ou une fièvre éruptive. On attend vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures : rien dans les viscères; et on abandonne l'idée d'une inflammation organique.

Il reste à établir le diagnostic avec une fièvre éruptive. Ici un plus long délai est nécessaire, surtout s'il s'agit d'une rougeole en incubation. Après plusieurs jours, on entend des râles dans la poitrine : nouvel embarras : l'existence des râles induirait en erreur, à défaut des renseignements thermométriques. Quelle valeur attribuer à ces derniers? On le verra tout à l'heure : en attendant, toute conclusion demeure en suspens.

Existe-t-il une fièvre du *type rémittent*? Le début a été brusque : le malade accusait de la céphalalgie : le mouvement fébrile paraît être intermittent. Au premier abord, on songerait assez volontiers à des accidents palustres. Eh bien, ici encore, que l'on attende; et, en s'établissant, la continuité de la fièvre permettra sans doute, après quelques jours, de formuler un diagnostic mieux fondé.

Dans la hiérarchie des symptômes initiaux de la fièvre typhoïde, on attribue d'ordinaire une importance à l'existence ou à l'absence de certains phénomènes : le facies, les douleurs abdominales, les vomissements et les oscillations thermométriques descendantes. C'est à tort : on doit les mesurer à leur valeur relative et non leur accorder une valeur absolue. Ainsi le dit M. Jaccoud, ainsi le pensent les praticiens bien avisés.

Un facies torpide appartient sans nul doute à la fièvre typhoïde; c'est classique : un facies s'observe le plus habituellement au début des fièvres éruptives; c'est encore classique. Est-ce à dire pour ce motif que, si l'un existe à défaut de l'autre, on doit formuler un diagnostic? Non, certes. On voit des fièvres typhoïdes normales, à invasion fébrile brusque, se traduire sur le visage par un facies rouge, animé, et, parfois même, comme morbilleux. On pensait à une rougeole; et c'était à une fièvre typhoïde au début et avec élévation thermique initiale que l'on aurait dû songer.

Le défaut de *vomissements* initiaux et de *douleurs abdominales* est fréquent. En principe, oui. En fait, il n'est pas constant; et on ne doit jamais oublier que ces symptômes ne sont point exceptionnels dans des cas où l'invasion est rapide, la fièvre intense et l'élévation thermique considérable.

Et la loi de Wunderlich sur l'ascension de la température par degrés et en échelons jusqu'à l'établissement du maximum vespéral des cinquième ou sixième jours? On dit, il est vrai, que la fidélité de cette loi ne paraît point douteuse. Il faudrait plutôt se demander quelle est sa constance? Or, M. Jaccoud l'a vue en défaut dans un cas sur deux. Comment, après cela, fonder sur elle le diagnostic précoce de la dothiénentérie?

Ces difficultés ne sont pas les seules qui trop souvent empêchent de reconnaître la fièvre typhoïde au début. Les praticiens le savent; mais les livres classiques le disent trop peu.

Je termine donc comme j'ai commencé et je répète : le diagnostic précoce de la fièvre typhoïde est fécond en surprises, et ces surprises sont de celles que le praticien bien avisé ne saurait jamais trop se rappeler.

III. **Variole et varicelle : leurs rapports.** — En apparence, cette question semble toute théorique : en réalité, elle est d'intérêt très pratique. Dernièrement, dans une de ses leçons cliniques, M. Castan la jugeait ainsi : d'autres, avant lui, le pensaient et l'estiment encore. C'est avec raison.

Un individu atteint de varicelle se présente à l'hôpital. Où l'admettre? Dans une salle consacrée aux varioleux? Oui, d'après les unicistes, car, pour eux, la variole et la varicelle sont des maladies identiques, ou plutôt la seconde n'est que la première atténuée.

Digitized by Google

Non, de l'avis des dualistes : la varicelle ne possède point, disent-il, de parenté avec la variole. Il y a danger à placer un varicelleux dans un foyer variolique ; mais on peut sans inconvénient le mettre en rapport avec d'autres varicelleux ; la varicelle ne donnant jamais que la varicelle.

Entre ces affirmations contradictoires quel parti prendre ?

Ecoutons les unicistes. Ils comparent le tableau symptomatique des deux maladies : ici et là, une fièvre et un exanthème. Dans l'une il y a bien des vésicules, et dans l'autre des pustules. Est-ce suffisant pour différencier ces deux affections? Non, ajoutent-ils : car les vésicules de la varicelle arrivent parfois à la pustulation : non, car les deux maladies évoluent souvent ensemble, et l'on voit une épidémie de varicelle se manifester au déclin d'une épidémie de variole. Que manque-t-il à la théorie uniciste pour triompher de sa rivale? La découverte du microbe de la varicelle et la démonstration bactériologique de son identité avec celle du microbe, au reste assez mal connu, de la variole. Ce critérium fait défaut. Uniciste ou non, on doit en convenir, et, pour ce motif, on ne peut, à l'heure actuelle, trancher théoriquement la question.

Et les dualistes? Ils empruntent des arguments à l'observation clinique. Ici, c'est la variole atteignant des individus relevant de convalescence après la varicelle ; là, ce sont des varioleux qui contractent cependant la varicelle. Ou bien, ce sont des enfants récemment vaccinés avec succès qui en sont atteints : ou bien encore réciproquement, c'est la fertilité des inoculations vaccinales sur des varicelleux. En d'autres termes, la variole. La vaccine ne préserve pas de la varicelle ceux qu'elle préserve de la variole.

Cependant, les unicistes élèvent une objection. Dans les cas où la variole succède à la varicelle, il faut admettre, disent-ils, que l'impression laissée sur l'organisme par le virus varicelleux a été trop légère pour préserver de la variole. Eh bien, l'objection n'est pas fondée. Un virus atténué produit l'innocuité; les découvertes pastoriennes le prouvent. N'est-ce pas d'ailleurs par l'atténuation des virus que l'on produit l'immunité?

Enfin, voici d'autres arguments : on les a demandés à l'expérimentation, c'est-à-dire aux inoculations du virus varicelleux. Les essais de MM. Dumontpallier, Damaschino et Geoffroy ont été infructueux. Ces échecs, que prouvent-ils? La faible inoculabilité du virus varicelleux. Voilà tout. Ils ne démontrent pas l'identité de la varicelle avec la variole.

Les tentatives de MM. d'Heilly, en France, et de Steinder, en Allemagne, ont été plus heureuses. Ce dernier a obtenu récemment sept inoculations fertiles sur cent, la varicelle — est-il besoin de le dire? — reproduisant toujours la varicelle.

Une conclusion s'impose : c'est la non-identité des deux virus : c'est la dualité des deux maladies; c'est, enfin, au point de vue pratique, la nécessité de placer les varicelleux loin des varioleux, dans les hôpitaux d'isolement. C'est, au point de vue de la prophylaxie dans les familles, la nécessité de ne pas oublier qu'une variole antérieure ne met pas à l'abri de la varicelle. Enfin, formuler ces conclusions, c'est, avec M. Castan, donner raison aux dualistes de l'Ecole française contre les unicistes de l'Ecole anglaise, et, plus utilement encore, mettre, autant qu'il est possible, à cette heure, la théorie en accord avec les faits. C'est un résultat.

CH. ELOY.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

THÉRAPEUTIQUE

Le Sous-benzoate de bismuth dans le traitement du chancre mou, par M. le Dr E. FINGER. — Lorsque le chancre a besoin d'être profondément modifié, il n'y a rien mieux que le fer rouge ou le sulfate de cuivre en solution au tiers (Sigmund). Mais lorsqu'on veut seulement déterger la surface d'ulcération, nous n'avons guère que l'iodoforme qui sent mauvais, et l'acide salicylique (H. v. Hebra) qui produit une irritation un peu vive (*Inter. Klin. Rundsch* 1890, n° 1).

Le sous-benzoate de bismuth n'aurait pas ces désagréments.

On l'obtient en chauffant le sous-nitrate de bismuth avec l'acide chlorhydrique et en ajoutant du benzoate de soude. Il se forme un précipité, qu'on lave à l'eau et à l'alcool et qu'on sèche ensuite ; c'est une poudre blanche, fine, molle, à odeur légèrement pénétrante.

Le mode d'emploi est le suivant : à l'aide d'un pinceau de blaireau, on étend la poudre en couche mince sur la partie préalablement baignée et nettoyée ; on met par-dessus une petite quantité d'ouate, on fixe le tout avec des bandelettes de diachylon et quelques tours de bandes. Le pansement est renouvelé deux fois par jour. Le malade, surtout la première fois, accuse de la cuisson et du prurit ; mais au bout de 6 à 10 jours l'ulcération prend l'aspect d'une plaie ordinaire et l'on peut se contenter de la recouvrir de vaseline phéniquée à 2 0/0.— H. G.

De la Cocillana comme expectorant, par M. le Dr WILCOX.— C'est la poudre de l'écorce de ce végétal qui est employée. Elle produit des vomissements suivis de sécheresse du pharynx et agit sur les glandes et les vaisseaux de la muqueuse respiratoire. On emploie la teinture à la dose de 20 grammes et l'extrait à la dose de vingt à vingt-cinq milligrammes, toutes les deux où toutes les huit heures (*New York, Med. rev.* 11 janvier 1890).

M. Wilcox considère ce médicament comme un expectorant supérieur à l'apomorphine et à l'ipécacuanha. Il rend les crachats moins consistants, augmente l'appétit. Enfin il ne diminue pas l'activité cardiaque. Ce serait donc un médicament utile contre les diverses formes de catarrhe bronchique, dans la bronchorrée et dans la phtisie. — S. R.

Des feuilles de laurier contre les fièvres intermittentes, par M. le Dr V. GUSAKOF. — Ce médicament est populaire dans la Russie méridionale, où on en fait usage depuis un temps immémorial (*Bulletin de la Société médicale du Caucase*, 1889, n° 12).

On le prépare de la manière suivante : les feuilles entières ou finement coupées sont placées dans un vase et infusent dans l'eau pendant quatre jours. On administre trente grammes de cette infusion quotidiennement et avant l'heure de l'accès fébrile. Trois ou quatre doses suffisent pour couper l'accès intermittent. — S. R.

Des sels d'orexine comme stomachique, par M. PENZOLDT. — Cette substance, le chlorure de phenyldihydrophénozoline, préparé par Poshet Busch (*Berl. deutsch Klin.*, ges. XXII heft 13, s. 2683), joue le rôle de base et, sous le nom d'orexine, donne un sel soluble avec l'acide chlorhydrique. Deux élèves de Penzoldt, MM. Hofman et Munster, en ont cherché les propriétés et parmi ces dernières, M. Penzoldt a voulu utiliser leur action stomachique (*Thérap. Mon*, 1890, n° 2, p. 59).

Il a prescrit ce sel contre l'anorexie des chlorotiques, des tu-

Digitized by Google

berculeux et des névropathes. Dans une série quarante-six cas où ce remède fut prescrit, il y eut quarante et une fois augmentation de l'appétit et du poids du corps et la disparition de l'anorexie suivait l'administration de la première dose et persista les jours suivants ; le seul inconvénient observé est le vomissement dans cinq cas.

On administre ce médicament en pilules que Penzoldt formule ainsi :

Hydrochlorate d'orexine.....	1 gramme 50 cent.
Extrait de gentiane.....} Racine de guimauve pulvérisée...}	qs

Pour vingt pilules enveloppées de gélatine. Administrer chaque jour trois à cinq de ces pilules et pour éviter l'action irritante du médicament, ingérer après chaque prise un verre du liquide. On doit cesser le remède si, après quatre ou cinq jours, l'appétit n'est pas amélioré.

S. A.

Un traitement physiologique et diététique de l'obésité, par M. le Dr Walter Mendelson. — Cette médication hygiénique est inspirée par les travaux de V. Œrtel, Ebstein, Mun et Uffelmann. Elle consiste dans le régime suivant. (*N. Y. Medical Record*, 15 février 1890).

Au déjeuner : une tasse (180 grammes) de thé ou de café additionné de lait et de sucre ; 75 grammes de pain ou bien 15 grammes de beurre, un œuf et 45 grammes de pain.

Au dîner : 210 grammes de viande ou de poisson ; 60 grammes d'herbages cuits (épinard, choux, asperge, tomates, fèves vertes, etc.), ou bien 100 grammes de pommes de terre, de riz, de macaroni, etc., ou d'autres aliments farineux ; 30 grammes de salade et 100 grammes de fruit. Pour boisson, de l'eau à volonté.

Au souper : deux œufs ou 150 grammes d'un plat maigre ; 25 grammes de radis ou de légumes confits : 25 grammes de pain et 100 grammes de fruit. On peut remplacer les fruits par 60 grammes de pain. De plus : 240 grammes de thé ou de café. S'abstenir de bière, de champagne, de vins sucrés et de liqueurs. Ne prendre le lait que coupé de café ou de thé.

S. R.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

Du choix des expectorants et des anticatarrhaux dans les maladies des voies aériennes.

Quand et comment faut-il provoquer l'expectoration?

Quand et comment faut-il la tarir?

Tels sont les deux problèmes que je veux résoudre ; leur solution est de haute importance pratique.

Il est indiqué de favoriser l'expectoration dans la première période de la laryngite aiguë simple catarrhale, alors que, la muqueuse laryngée étant turgescente et sèche, la toux est quinteuse, spasmodique, fatigante et stérile ; il suffit pour cela de placer le malade dans une atmosphère ou de le soumettre aux inhalations d'infusions de plantes aromatiques (camomille, menthe, mélisse, sauge, romarin) ou émollientes (guimauve, pariétaire, sureau, bouillon blanc). On avance ainsi de deux ou trois jours la période sécrétoire.

Le même traitement doit être continué pendant les trois ou quatre premières journées qui suivent l'établissement de cette période chez les enfants surtout où la sécrétion très visqueuse, très consistante, occasionne des accès de faux croup qui ne cessent qu'avec l'expulsion d'un petit crachat grisâtre non aéré.

Revenons à ces inhalations quand, le catarrhe laryngé étant franchement chronique, on devine par la violence et la persistance de la toux qu'il y a des concrétions très adhérentes dans les ventricules de Morgagni.

Voici le tour des antisécrétoires, c'est lorsque les mucosités filantes sont remplacées par des crachats muco-purulents déchiquetés et pigmentés : les inhalations d'infusions de pommes ou de bourgeons de sapin ou d'eau de goudron conviennent mieux que les gargarismes au tanin ou à l'alun.

Les inspirations de vapeurs d'eaux aromatiques ou émollientes détachent les mucosités sans caractère propre, ou blanches et puriformes, qu'expulse la toux brève, le hem de la laryngite glanduleuse ; les insufflations de tanin, de cachou, de bismuth, les inhalations de solution tanique, d'eaux sulfureuses réussissent à tarir ces mucosités tout en modifiant les lésions qui les engendrent.

Les expectorants n'ont rien à faire dans la laryngite ulcéreuse des tuberculeux ; quand celle-ci, ce qui est très rare, s'accompagne d'une sécrétion catarrhale excessive, on dit l'avoir asséchée par l'insufflation d'une poudre composée d'une partie de menthol pour trois d'acide borique et deux de chlorhydrate d'ammoniaque.

Il est indiqué de favoriser l'expectoration dès le début de la bronchite aiguë vulgaire, lorsque les râles sibilants et ronflants témoignent de la sécheresse, de la turgescence et du dépoli de la muqueuse bronchique. Les inhalations de vapeurs d'eaux aromatiques et émollientes citées plus haut sont propres à hâter ce résultat ; on l'obtient aussi par l'administration des antimoniaux (tartre stibié à doses réfractées et répétées, kermès, soufre doré et oxyde blanc d'antimoine) qui fluidifient les exsudats en activant la sécrétion des glandes en grappe de la muqueuse des bronches à la surface de laquelle ils s'éliminent partiellement. A cette phase de la bronchite gardons-nous de tous autres expectorants : nous aurons tout à l'heure à préciser leurs indications.

Les antimoniaux seront continués à la seconde période de la bronchite aiguë vulgaire, lorsque le malade décroche déjà des crachats ayant l'apparence d'une écume à bulles fines ou des crachats visqueux et filants comme une solution de gomme. L'estomac, l'intestin manifestent-ils de l'intolérance, redoute-t-on de trop déprimer le patient, on peut les remplacer par le benzoate de soude qui, après quelques

Digitized by Google

jours, notamment chez les goutteux où le catarrhe bronchique alterne avec les accès de goutte, rend jaune et jaune-verdâtre l'expectoration naguère louche et opaline.

C'est seulement lorsque cette transformation purulente des crachats est réalisée qu'on peut recourir aux expectorants qui activent les mouvements de bas en haut qu'exercent sur le mucus, pour le rejeter, les cils vibratiles de l'épithélium (j'ai nommé les tisanes à l'hysope, au lierre terrestre, au marrube blanc, à la marjolaine, à l'anis, au fenouil, à l'erysimum, au calamus aromaticus, au genévrier commun, — les chlorhydrate, carbonate et acétate d'ammoniaque, la liqueur ammoniacale anisée, — la poudre de scille, l'oxymel scillitique, — l'essence de winter-green), ou aux expectorants, tels que le polygala de Virginie, la quillaya saponaria et la violette, qui expulsent les mucosités ramollies en faisant contracter les muscles de Reiseissen. Il serait inutile d'employer plus tôt ces expectorants qui mettraient en jeu en pure perte les cils vibratiles ou les muscles bronchiques; l'a-t-on toujours compris? Les inhalations d'acide acétique, d'ammoniaque liquide, d'iode en paillettes — supérieures aux vapeurs de décoction de racine d'ipéca — seront en cette circonstance un précieux adjuvant de l'expectoration chez les vieillards à qui l'on administre aussi avec avantage, probablement à cause de leur influence tonique sur les muscles lisses des bronches, l'extrait ou la teinture de noix vomique et la strychnine.

Enfin, lorsque l'on constate, consécutivement à une bronchite aiguë vulgaire — c'est assez commun chez les vieillards — des râles sibilants et sonores et de rares crachats globuleux nacrés, d'un gris perle, visqueux comme de l'empois, révélateurs de ce qu'on appelle le catarrhe sec, il faut prescrire les alcalins, et principalement le benzoate de soude associé au savon amygdalin, le bicarbonate sodique et mieux l'eau de Vichy, de Vals ou d'Ems, l'iodure de potassium à doses légères. Le calomel et l'émétique à petites doses seront réservés aux cas non améliorés par les alcalins.

Dans la bronchite capillaire il faut frapper d'emblée avec les vomitifs expectorants : racine d'ipéca (0 gr. 30 à 0 gr. 60) en infusion édulcorée, — apomorphine, apocodéine ou aponarcéine (0 gr. 001 à 0 gr. 004 par jour), — émétine (0 gr. 01 à 0 gr. 05) par voie gastrique ou hypodermique. Puis, aussitôt que les bronches sont décombrées de la bronchorrhée muqueuse qui les obstruait dans leur partie supérieure, il faut s'adresser aux antimoniaux, un peu plus tard aux iodures alcalins contre-indiqués seulement chez les personnes trop faibles, ou à l'iode en plusieurs injections quotidiennes sous-cutanées d'une solution dans la vaseline liquide médicinale à 2 0/0. On n'en arrivera aux ammoniacaux, aux préparations de scille que quand les crachats commenceront à devenir purulents. Par la suite on recommandera les inhalations d'iode si l'usage des anticatarrhaux a trop augmenté la consistance des exsudats bronchioliques non évacués ou si ces exsudats — cela se voit chez les vieillards — se sont naturellement concrétés en forme de vermicelle cuit dans quelques bronches capillaires.

Le benzoate de soude nous a semblé être un puissant expectorant dans un cas de bronchite pseudo-membraneuse; le malade expulsa en 1888, après quinze jours de traitement par ce sel, des pseudo-membranes tubulées et ramifiées qui ne s'étaient détachées en 1886 que deux mois après le traitement par les antimoniaux.

(*A suivre.*) Dr Ch. Liégeois,
(de Bainville-aux-Saules).

RECUEIL DE FAITS

Ostéomyélite de l'adolescence
Ostéomyélite prolongée; graves complications
Amputation de jambe. — Guérison.

Par le Dr E. POTHERAT, *Prosecteur à la Faculté*

Au mois de septembre dernier, je vis un homme de soixante-un ans qui présentait les graves lésions que je vais vous indiquer (1). C'est un modeste travailleur des champs que je connais depuis les premiers temps de mon existence. Voici, très succinctement, son histoire :

A quinze ans, ostéomyélite aiguë de l'extremité inférieure du tibia; abcès multiples répétés, issue d'une écorce osseuse représentant assez bien la surface de l'extrémité inférieure de l'os. Le traitement, à cette époque (il y a quarante-six ans), consista dans le séjour au lit, et l'incision successive des différents abcès accompagnée de l'application de cataplasmes. Le malade resta ainsi trois ans sur son lit. A dix-huit ans, il y eut une amélioration, il put se lever, et même se livrer aux travaux des champs. Depuis cet âge jusqu'à l'année dernière, il continua à travailler à peu près régulièrement: je dis à peu près, car il eut constamment des abcès se terminant par fistulisation, avec issue de temps à autre de petits fragments osseux. A des époques plus ou moins éloignées, généralement après les fatigues exagérées des travaux de l'été, il survenait une aggravation qui le clouait au lit pour quelques semaines ou quelques mois. Je l'avais vu, il y a quelques années déjà, au cours d'une de ces aggravations, et je lui avais conseillé de se soumettre à une intervention qui eut été assez simple et qui l'eût guéri. Mais il se refusa toujours énergique-

(1) *Société médico-pratique*, séance du 10 mars.

Digitized by Google

ment à tout autre traitement que le cataplasme et le repos auquel il ne recourait encore qu'à bout de forces.

C'est dans ces conditions, avec expulsion de plus de cent sequestres tous petits, sauf le premier, qu'il traversa cette longue période de quarante-six ans, coupée par bien des souffrances, mais en somme surmontant son mal qu'il considérait comme une infirmité bien gênante, sans doute, mais avec laquelle il pouvait atteindre un âge assez avancé.

Il y a deux ans, cependant, c'est à peine s'il pût travailler pendant cinq à six mois. L'année dernière il voulut, au printemps, reprendre ses travaux, mais il dut bientôt y renoncer. De nouveaux abcès étaient survenus, les fistules coulaient abondamment, les douleurs étaient si vives que d'abord il ne put plus marcher que péniblement et bientôt même prendre le lit.

Ce séjour au lit, contrairement à ce qui se passait d'ordinaire, n'amena pas d'améliorations ; les abcès se répétèrent, la jambe gonfla considérablement : le plus léger mouvement du pied arrachait des douleurs atroces, la fièvre s'établit d'une manière continue, l'appétit dsparut, l'amaigrissement survint. Malgré cela, il ne voulait pas faire appeler de médecin; il redoublait et de cataplasmes et de tous les topiques que les conseils des voisins, des empiriques, des guérisseurs lui avaient indiqués.

Nous étions ainsi arrivés jusqu'au milieu de septembre dernier. C'est alors que, pendant un séjour dans ma famille, et sur la demande des siens, je le vis. Je le trouvai littéralement mourant, la voix cassée, l'œil éteint, brûlant de fièvre, la langue sèche, dépouillée du muguet sur le palais, avec un vaste escharre à la région sacrée. L'aspect des membres inférieurs constrastait avec celui de la face, du tronc et des membres supérieurs. Toute la partie supérieure du corps était d'une maigreur excessive; au contraire, les membres inférieurs étaient énormément œdématiés tous deux ; l'œdème avait gagné le scrotum et la paroi abdominale.

Quant au lieu de la lésion, il se présentait de la façon suivante: sous un vaste cataplasme innommable on trouvait des ouvertures multiples autour de la jambe, ouvertures saillantes, couvertes de gros bourgeons sanieux, éversés. Le pied flottait littéralement, grâce à une désorganisation complète de l'articulation. Le moindre mouvement arrachait des cris de douleur au malade. Les tissus rouges, noirâtres par place, énormément tuméfiés, conservaient encore un aspect éléphantiasique qui avait été déterminé par les inflammations répétées et les suppurations prolongées.

J'avoue qu'en présence de cette situation désespérée, je ne voyais pas possibilité d'instituer un traitement bien actif ; je ne voyais qu'une ressource, l'amputation ; et encore, faite dans ces conditions elle avait toutes les chances pour être suivie d'une mort rapide. Mais le malade me tira lui-même d'embarras : « Je pensais mourir, me dit-il, et je m'y étais résigné, mais cela tarde trop, je souffre horriblement et je n'ai plus le courage d'endurer des douleurs pareilles, il faut absolument me couper la jambe. » Voyant que je ne m'empressais pas d'acquiescer à cette demande, il comprit que je n'espérais pas grand'chose de lui : « Il le faut absolument, reprit-il, car il ne peut en résulter rien que d'heureux pour moi ; en effet, ou bien j'en mourrai, ou bien j'y survivrai ; dans l'un et l'autre cas, je n'aurai plus à endurer ces horribles douleurs. »

Je l'amputai donc au lieu d'élection, par le procédé à lambeau externe. La section du tissu cellulaire laissa écouler une quantité considérable de sérosité ; je pressai, d'ailleurs, de la racine de la cuisse vers l'extrémité à plusieurs reprises, avec les mains, pour faire sortir tout ce que je pus de cette sérosité qui infiltrait le tissu cellulaire sous-cutané. Les muscles étaient décolorés et atrophiés, je les décollai avec grand soin du ligament interosseux, et même, pour ménager plus sûrement l'artère, j'emportai aussi le ligament interosseux ; enfin, je sciai les os qui étaient remplis d'une moelle absolument jaune.

Je fis la réunion totale, en laissant un bout de drain dans la partie la plus déclive. L'opération avait été de courte durée, le malade avait perdu très peu de sang; il avait suffi de trente grammes de chloroforme pour le maintenir inerte ; il se réveilla facilement, mais il défaillait et il fallut lui faire plusieurs piqûres sous-cutanées d'éther pour lui rendre un peu de vie. Inutile de dire que l'antisepsie la plus rigoureuse avait été constamment observée ; pansement sec, gaze iodoformée et ouate hydrophile.

L'amputation était faite, mais les deux confrères qui avaient bien voulu m'assister et moi, nous n'emportions qu'une certitude, celle que notre opéré ne tarderait pas à succomber. Je le revis plusieurs fois dans la journée et la soirée, il se maintenait ; le soir, il avait 37°2 de température ; la nuit ne fut pas mauvaise, le matin la température était à 37°3. Le malade demandait si l'on ne pouvait lui donner quelque chose à manger. Bref, contre toute attente il reprit le dessus, et après son deuxième pansement le onzième jour, la réunion était parfaite, l'appétit excellent, l'œil vif, l'état général très bon ; l'escharre sacrée en bonne voie de cicatrisation ; l'œdème des membres avait disparu, et ils étaient réduits à cet état de maigreur que nous avions constaté pour le tronc et les membres supérieurs. La disparition totale de l'œdème fit que le lambeau de jambe devint très ample et très souple. Il fallut encore quelques semaines pour que le malade eût recouvré assez de forces pour marcher avec des béquilles. Aujourd'hui, il est gros et gras et plein de vie, il porte un pilon avec lequel il marche sur le genou, et il vaque à ses occupations champêtres.

Ce cas m'a paru intéressant, d'abord parce que c'est un bel exemple d'ostéomyélite prolongée. Il montre, ainsi que l'ont fait remarqué MM. Lannelongue et Comby, le professeur Trélat, que l'ostéomyélite peut se prolonger fort loin dans l'existence; que l'on ne peut jamais affirmer qu'elle ne réapparaîtra pas, même à un âge avancé, et M. Trélat a publié des cas de sujets bien plus âgés que le mien.

Ensuite, il était curieux de montrer qu'en s'entourant de précautions minutieuses d'antisepsie, on peut voir survenir des réunions immédiates dans des conditions où tout semble conjuré pour s'y opposer, et ainsi une guérison être obtenue dans des cas désespérés.

Digitized by Google

FORMULAIRE DU PRATICIEN

Du traitement de la blennorrhagie chronique

Jusqu'ici on distinguait deux formes de blennorrhagie chronique, l'une antérieure, l'autre postérieure. Ultzmann (de Vienne) établit toujours cette distinction avant de formuler le traitement. Un de ses compatriotes, Finger, multiplie ces formes, les porte au nombre de trois et divise les blennorrhagies chroniques : 1° en *blennorrhagie chronique catarrhale;* 2° en *blennorrhagie localisée superficielle* — c'est la gonnorrhée chronique antérieure; 3° en *blennorrhagie chronique profonde* — c'est la gonnorrhée chronique postérieure.

I. **Forme catarrhale.** — Les substitutifs et les antiseptiques sont indiqués.

Singer prescrit l'irrigation avec la solution suivante pratiquée au moyen d'une sonde à jet récurrent :

Nitrate d'argent	1 gramme.
Eau distillée	100 »

Ultzmann emploie la méthode du pinceau et une solution plus caustique dont voici la formule :

Nitrate d'argent	1 gramme.
Eau distillée	20 à 30 grammes.

C'est un badigeonnage que l'on répète tous les deux jours. Les irrigations sont pratiquées une fois par jour au moyen d'une solution de sulfophénate de zinc ou le permanganate de potasse. On peut utilement en combiner l'emploi avec celui des substitutifs.

Finger prescrit aussi le sulfophénate de zinc.

Alun	ãã 1 gramme.
Sulfophénate de zinc	
Eau	500 »

Cette solution diffère peu de la suivante, qui est employée par ses compatriotes :

Alun	1 gramme.
Sulfate de zinc	
Acide phénique	
Eau distillée	400 »

On peut même encore combiner l'action antiseptique du permanganate de potasse avec les propriétés astringentes du sulfate de zinc, avec la préparation suivante:

Permanganate de potasse	0.40 centigr.
Sulfate de zinc	1.50 »
Eau distillée	400 grammes.

II. **Forme localisée superficielle** (*gonnorrhée chronique antérieure*). — Ici les toniques liquides n'agissent que temporairement. Aux solutions concentrées appliquées avec le pinceau, on substituera soit les suppositoires uréthraux, soit les pommades.

Suppositoires astringents (Ultzmann). — Leur longueur varie suivant le siège de l'uréthrite; c'est ce que l'on détermine avec la sonde. En ce point, l'introduction de cet instrument cause de la douleur.

Alun	0.60 centigr.
Sulfate de zinc	0.20 »
Beurre de cacao	Q. S. »

F. s. a. pour cinq suppositoires uréthraux.

Ou bien :

Tanin	0.25 centigr.
Beurre de cacao	Q. S. »

F. s. a. cinq suppositoires uréthraux.

On applique quotidiennement un de ces suppositoires.

Pommades astringentes. — Ce sont des pommades semi-liquides, M. Finger les injecte deux fois par jour avec la seringue de Tommasi. En voici la formule :

Comme substitutif :

Sulfate de cuiv. ou nitrate d'arg.	2 à 3 grammes.
Lanoline	95 »
Huile d'olives	5 »

Comme antiseptique :

Créoline	2 grammes.
Lanoline	95 »
Huile d'olives	5 »

III. **Forme localisée profonde** (*Uréthrite chronique postérieure.* — Ici encore on peut introduire des suppositoires uréthraux au moyen des porte-remèdes ou des solutions substitutives concentrées avec les injecteurs uréthraux.

Une autre méthode consiste à dilater mécaniquement tous les deux jours la région malade avec la sonde de Benique, qu'on laisse en place pendant 5, 10 puis 15 ou 20 minutes. On fait suivre cette opération d'une injection phéniquée à 2 pour 1000. M. Finger pratique dans ces cas le pansement par l'injection à la *lanoline iodée iodurée.*

Iodure de potassium	5 grammes.
Iode	1 »
Lanoline	95 »
Huile d'olives	5 »

S. R.

REVUE DES CONGRÈS

La septième réunion de la Société italienne de chirurgie

Florence, 4 avril 1890.

Cette réunion a eu pour théâtre l'*Aula* de l'Institut des Hautes Etudes et pour auditeurs cent à cent vingt chirurgiens italiens auxquels, selon l'usage, M. Corradi, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Florence, a souhaité la bienvenue.

Parmi les nombreuses communications des congressistes, je signalerai d'abord celle de M. Clementi (de Catane), sur les bons résultats de la **ligature de la carotide primitive pour un anévrisme de la carotide interne**; résultats moins heureux dans les cas rapportés par M. Virdia (de Naples) : — de M. Tizoni (de Bologne), sur le **microbe du tétanos**; — de M. Colzi, sur **l'action pyogénique du bacille typhique** et de M. Maffucci (de Pise), sur la **tuberculose des poules**. Ce sont là des travaux importants au point de vue théorique. Je résumerai les suivants dont l'intérêt pratique est plus immédiat.

I. **Du choix des objets de pansement et du traitement antiseptique des plaies.** — Telle est la question mise à l'étude par M. Bassini (de Padoue), et discutée par MM. Ceccherelli (de Parme), Corradi (de Florence), Postempki (de Rome) et Novaro (de Suisse).

Quelle est la meilleure substance pour absterger les plaies? Tous les orateurs condamnent les éponges ordinaires à cause de leur prix élevé et de la difficulté de les aseptiser. M. Corradi

Digitized by Google

les remplace par des morceaux de gaze passée à l'étuve et M. Bassini par des boulettes de coton salicylé, enveloppées de gaze stérilisée par la chaleur.

Avec quelle substance pratiquer *les ligatures et les sutures* ? Le catgut a l'avantage de se résorber. Il a par contre l'inconvénient de ne pas se stériliser facilement, le meilleur procédé de stérilisation, étant la chaleur, et cette substance ne pouvant subir le séjour de l'étuve. M. Novaro se réserve donc pour les sutures à fil perdu et le stérilise dans une solution de sublimé au centième.

La soie a pour partisans MM. Bassini et Corradi : le premier l'adopte parce qu'elle est stérilisable par la chaleur; le second parce qu'on peut l'employer en fils fins, et qu'en raison de leur faible volume ces fils sont faciles à désinfecter.

Il emploie la soie grise de Florence, immergée pendant une année dans une solution alcoolique de sublimé à deux pour cent. Si ces fils ont un gros diamètre on fait précéder cette désinfection par une stérilisation dans l'étuve à chaleur humide.

Et les *tubes à drainage?* M. Bassini ne les emploie que dans le cas où ils sont absolument nécessaires, par suite de l'impossibilité de pratiquer des sutures perdues. M. Corradi les condamne aussi et, dans les cas où il ne peut éviter leur emploi, substitue les tubes en verre aux drains fabriqués avec des substances organiques.

Le *choix d'un désinfectant* laisse toujours à désirer. Selon l'expression de M. Bassini, on n'a pas encore découvert le désinfectant propre à chaque forme d'infection. M. Novaro emploie le sublimé. M. Ceccherelli est satisfait du zinco-cyanure de mercure, mais M. Corradi se contente d'aseptiser les pièces de pansement par la chaleur d'un stérilisateur porté à 170 ou 180 degrés.

Comment panser les plaies? M. Bassini applique directement sur elles une couche de coton salicylé, puis du coton simple et termine par des plaques de tourbe.

MM. Novaro et Postempki tamponnent les plaies avec la gaze iodoformée, et pratiquent ensuite les sutures avec la soie ou le lin stérilisés. C'est de l'antisepsie chimique. M. Corradi se contente de l'asepsie thermique, il immobilise donc les plaies et les isole au moyen de gaze ou de coton secs et stérilisés à l'étuve.

Ici donc, comme dans les autres pays, et notamment en France, la tendance actuelle des chirurgiens est de préférer la stérilisation des pièces de pansement par la chaleur à leur désinfection par les agents antiseptiques, et dans la suppression des sutures ou des drains fabriqués avec une substance organique susceptible de servir de milieu favorable au développement des microbes.

II. — **Du traitement chirurgical de la pierre.** — Taille périnéale, lithotritie ou cystotomie hypogastrique ; quelle méthode choisir? MM. Bassini, Bottini (de Pavie), Duranté et Clementi (de Rome) sont loin de s'entendre pour répondre à cette question.

La lithotritie est indiquée pour les calculs friables et possible, cela va sans dire, quand l'urèthre est large, chez la femme surtout et seulement en l'absence de lésions rénales. M Bassini reproche à cette opération la difficulté de l'extraction de tous les fragments et les lésions opératoires de la vessie ou de l'urèthre par le lithotriteur.

La taille périnéale convient surtout chez les enfants ; tout le monde l'admet. Seul, M Bassini lui reproche l'incontinence et les fistules urinaires observées, d'après les statistiques, dans sept ou huit cas sur cent. Oui, répond M. Bottini, ces accidents sont réels, seulement il faut les attribuer à une technique opératoire mauvaise et non à l'opération. L'incontinence d'urine est la conséquence d'incisions trop étendues et la stérilité est une crainte chimérique, car il n'est guère possible, par une manœuvre maladroite, de sectionner un des conduits éjaculateurs.

La cystotomie suspubienne est pour M. Bassini la méthode de choix, excepté dans les cas de fistule urinaire, de cystite purulente, de sénilité ou d'enclavement des fragments. En trois ans il a pratiqué 21 fois cette opération et obtenu 14 guérisons immédiates et 6 secondaires.

Cependant, M. Bottini en est moins enthousiaste et la réserve aux cas de calculs volumineux et de tumeurs vésicales. A cette réserve, M. Corradi répond que les progrès de la chirurgie permettent maintenant de placer cette opération au même rang que les autres procédés de taille.

C'est une opinion moyenne : c'est elle qu'en majorité les chirurgiens italiens adoptent.

La technique opératoire suivie par M. Bottini est la suivante :

1° Antisepsie rigoureuse ;

2° Trois plans de sutures : le premier, sur la muqueuse ; le second, suture de Lembert, sur la même membrane, à un demi-centimètre du premier ; le troisième, suture musculaire, à un demi-centimètre plus loin que le second ;

3° Drainage de l'espace prévisical ; fermeture de la plaie abdominale par sutures à étages ; sondes à demeure.

La technique adoptée par M. Corradi consiste à employer le lavage préalable de la vessie, le ballon de Petersen ou bien l'élévateur prostatique en collier, à ouvrir, s'il y a lieu, la vessie par une incision en tour, en croix, et à pratiquer la suture vésicale ; sinon, dans des cas exceptionnels, où on fait usage du drainage. Pas de sonde à demeure; pas de siphon vésical.

III. — **Statistique de laparotomie.** — Ces statistiques sont de règle dans tous les congrès : il n'est réunion où on n'en produise de telles. En 1889, M. Postempki a pratiqué 11 laparotomies pour plaies abdominales et a obtenu 10 succès. Sur 69 opérations semblables, M. Ruggi (de Bologne) n'a enregistré que cinq décès. Ces chiffres suffisent pour montrer que cette opération est en faveur en Italie.

Au point de vue technique, il faut noter que dans les laparotomies pour plaies pénétrantes, M. Postempki pratique une toilette sèche au péritoine, s'il n'y a point d'épanchement, et emploie les lavages au sublimé, à l'acide borique ou au sulfophénate de zinc seulement dans les cas d'épanchements fécaloïdes.

La réunion de l'année 1891 aura lieu à Rome.

Dr Petrucci.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

(1re réunion de 1890)

La Société française de dermatologie et de syphiligraphie vient d'ouvrir, au musée de l'hôpital Saint-Louis, sa première session. Parmi les questions d'un ordre du jour touffu, nous détachons celles qui semblent d'un intérêt plus spécialement pratique.

Un cas exceptionnel de **vaccine avec gangrène**, au cours d'une syphilide maligne précoce, donne à M. Balzer l'occasion de nous prévenir d'une éventualité désagréable pour le médecin qui aura vacciné. Bien que cet accident semble sous la dépendance de microbes spéciaux, la syphilis y joue le rôle d'agent dépresseur sur tout l'organique, et prédisposant aux lésions ulcéreuses.

M. Burlureau s'est servi, pour rapporter une éruption

Digitized by Google

papulo érythemateuse par l'**intoxidation iodoformée**, de diverses constatations d'ordre chimique, capables de déceler la présence de l'iode dans la salive du malade.

Une pièce d'argent mise dans la bouche, faisait percevoir une saveur alliacée révélaratrice de l'iodoforme (Poncet), de plus, un peu de calomel mêlé au liquide buccal donnait une coloration jaune serein, par suite de la formation d'iodure mercure.

L'**induration syphilitique** et la pléiade ganglionnaire constituent pour ainsi dire la base du diagnostic de la syphilis; ces deux éléments peuvent cependant manquer comme M. Morel Levallée en rapporte une observation circonstanciée, dans laquelle le malade a été suivi pendant l'évolution de son affection. De tels faits, que M. Fournier a vu aussi, n'infirment pas la règle; mais montrent, que dans les sciences médicales, l'immuable n'existe pas, et qu'au besoin on doit faire son profit d'exceptions comme celles-là.

Nous avons déjà donné (1) le mode de **traitement de la syphilis** par le sparadrape au calomel, qu'a inauguré M. Quinguaud.

La nouvelle formule d'emplâtre se compose de :

Emplâtre diachylon des hôpitaux. . . .	3000
Calomel à la vapeur	1000
Huile de ricin	300

M. Barthélemy, a développé un sujet d'actualité, *les* **éruptions cutanées symptomatique de la grippe**, qui peuvent simuler d'autres affections, et dont le diagnostic doit être fait.

Enfin, mentionnons parmi les traitements nouveaux, le **traitement de l'orchite par le stypage**, que M. Du Castel a employé à l'hôpital Ricord, et dont les résultats satisfaisants peuvent inviter à l'employer, et celui des *épitheliomas d'origine sébacée* par les *applications d'acide acétique*, ce dernier n'est peut-être pas tout à fait nouveau, mais M. Arnozan en a réglé l'emploi.

H. G.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES

DE L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE : **Société de médecine interne de Berlin** (31 mars 1890). — I. *Un traitement du diabète.*

ANGLETERRE : **Société épidémiologique de Londres** (18 mars 1890). — II. *De l'antisepsie par l'eucalyptus dans la scarlatine.* — **Société harvéienne de Londres** (20 mars 1898). — III. *Les symptômes précoces de la paralysie générale.*

I. **Un traitement du diabète.** — Les diabétiques ne guérissent jamais ? M. MAYER l'admet ; il n'est pas seul à le penser ; on le sait bien. Et puis, il déclare qu'on ne peut suffisamment juger de sa forme légère ou grave par la quantité du sucre excrété chaque jour, de sorte que, s'il distingue un diabète aigu, subaigu ou chronique, ce n'est pas dans le but d'atténuer la gravité du pronostic.

Le régime du diabétique doit donc être permanent. On s'en doutait bien et M. Mayer n'avait pas besoin d'un long exposé des motifs pour établir la légitimité d'une opinion que Traube, Cantani, Jones, Senator, Ebsten et d'autres ont depuis longtemps défendue.

Quel traitement faut-il préférer ? Il doit être à la fois diététique et médicamenteux. C'est vulgaire.

Ce qui l'est moins peut-être, c'est la manière de formuler ce traitement. Le régime a pour objet de combattre la glycosurie Il doit être composé de viandes rôties. Cantani a prouvé l'influence rapide de ce régime carné sur la diminution de la glycosurie, mais Naunyn lui attribue des accidents comateux. M. Mayer s'élève contre ce reproche. Par contre, il regarde l'albuminurie des diabétiques comme le résultat de l'ingestion exagérée de viandes et motive cette opinion sur l'excès de travail rénal pour éliminer l'acide urique ou l'oxolate de chaux surabondants ; sels dont l'excrétion précède toujours, ajoute-t-il, l'apparition de l'albuminurie chez les diabétiques

Le régime carné peut donc provoquer l'axalurie. Comment ? Par la diminution de l'ucalescence sanguine chez les individus qui consomment des viandes acides en excès (Cantani) ou bien comme le pense Albertoni, par la production d'acétone ? M. Mayer ne se prononce pas, cela s'explique ; par contre, il conseille de remédier à ces dangers par l'usage des graisses et des hydrocarbures en grande quantité. Il permet donc les œufs, les crèmes, les fromages gras, le beurre, la graisse d'oie et formule ainsi le régime :

1° Cinq semaines de régime mixte ;

2° Une semaine de régime carné exclusif après chaque période de régime mixte ;

3° S'il existe de l'albuminurie, de l'oxalurie ou si le régime carné n'est point toléré, prescrire quotidiennement un litre ou un litre et demi de lait tout en tenant compte, avec Kultz, que l'assimilation du sucre de lait varie chez les différents diabétiques;

4° A cette hygiène, on ajoutera un régime psychique, les émotions morales vives pouvant augmenter la glycosurie.

5° Le traitement médicamenteux est classique et suivant les indications on choisira entre la quinine, le fer ou l'arsenic. C'est au moyen de la balance et par les variations de poids du malade que l'on jugera de son efficacité.

II. **De l'antisepsie par l'eucalyptus dans la scarlatine.** — Pour réaliser l'antisepsie du milieu intérieur dans ces maladies infectieuses, le meilleur agent sera celui, cela s'explique, qui aura véhiculé dans tous les tissus par la circulation, tels : l'eucalyptol et le thymol. M. GURGEVEN, applique cette dernière au traitement de la scarlatine et, idée ingénieuse sinon toujours justifiée, espère que l'élimination de l'eucalyptol par la surface cutanée et les divers émonctoires doit réaliser la desinfection des produits venant du malade.

Voici la technique de cette médication antiseptique :

A l'intérieur, on administre de temps en temps, dans la journée, quelques gouttes d'eucalyptol véhiculé dans l'eau.

A l'extérieur, deux fois par jour, on passe sur la totalité du corps une éponge imbibée d'une solution semblable. On prescrit aussi des gargarismes l'eucalyptol et enfin on pulvérise dans la chambre du malade ce même médicament.

Quels sont les effets de cette médication antiseptique ? Diminution de l'éruption, de l'angine et des adénites ; atténuation de la température. M Gurgeven ajoute même que l'institution de ce traitement dès l'apparition des premiers symptômes aurait pour effet d'enrayer la maladie. De plus, il cite l'exemple de famille dans lesquelles cette médication aurait exercé une influence prophylactique. De tels succès sont encourageants ; reste à savoir si les essais de contrôle ratifieront ces conclusions ?

III. **Les symptômes précoces de la paralysie générale.** — Ils sont, par trop souvent, on ne l'ignore pas, difficiles à reconnaitre. C'est pourquoi M. SAVAGE conseille de tenir

(1) Voir *Revue générale de clinique et de therapeutique* 1890, n° 14, page 222.

Digitized by Google

compte des phénomènes suivants qui permettent de soupçonner cette maladie à son début.

Le malade est-il un citadin ou un rural? On n'oubliera pas que la paralysie générale s'observe plutôt à la ville qu'à la campagne, chez les alcooliques et les gros mangeurs.

Les modifications du caractère peuvent en révéler le début. D'autres fois ce début est moins banal : une convulsion, un accès de délire, de l'ataxie des mouvements; du tremblement de la langue ou des bras, de l'aphasie temporaire survenant sans cause appréciable, ou bien, plus exceptionnellement à cette période, des changements de l'écriture.

Une névralgie rebelle, antécédente de plusieurs mois, l'instabilité du caractère après une névrite syphilitique des nerfs du crâne, sont des indices plus lointains encore. Enfin, les troubles psychiques peuvent précéder tous les autres symptômes : d'emblée la paralysie générale débute alors par l'aliénation mentale; tels des actes indécents, le vol, la perte de la mémoire et l'impossibilité de fixer l'attention.

Ces signes prémonitoires ne sont ni constants, ni fidèles : il ne faut donc pas leur accorder une valeur diagnostique absolue; mais on doit les considérer seulement comme des indices qui permettent de soupçonner la maladie.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 10 *mars* 1890

Présidence de M. le Dr Michel Dansac

La correspondance imprimée comprend : 1° *La Revue de Polytechnique médicale et chirurgicale*; 2° Les Comptes rendus de l'Association pour l'avancement des sciences.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. Schwartz présente la canule perfectionnée qui a été construite sur son conseil et celui de M. Terrier.

M. Potherat a constaté dans les recherches cadavériques qu'il vient d'entreprendre inter que l'espace érico-thyroïdien est au minimum de 9 mm. 1/2. De plus, par l'emploi de la canule spéciale on peut encore agrandir l'espace et arriver à 11 mm. Il a constaté aussi la présence en cette région d'un ganglion et d'une très petite arcade artérielle, mais dont l'hémorragie n'est pas à craindre.

M. Reliquet. — C'est en raison de la présence de cette artériole qu'on ne faisait pas cette opération autrefois. Dès l'instant où la canule, par la compression qu'elle exerce, empêche l'hémorragie, cet obstacle n'existe plus.

M. Ory. — L'injection de cocaïne dans certains tissus lâches ne peut-elle amener des infiltrations fâcheuses?

M. Schwartz. — L'injection doit être *dermique* et non sous-cutanée; l'inconvénient signalé par M. Ory n'existe alors plus.

M. Roux fait une communication sur un cas **d'intoxication par une injection phénique vaginale**.

Il s'agit dans ce fait d'une femme à qui M. Roux a pratiqué une injection vaginale avec le liquide dont voici la composition :

Bichlorure de mercure	0 gr.	50
Acide phénique	5	00
Glycérine	Q.	S.
Eau	1.000	00

Dans les vingt-quatre heures qui ont suivi cette injection, se sont produits des accidents très graves, notamment des plaques gangreneuses du vagin, surtout des grandes lèvres. L'analyse du liquide de l'injection, faite par notre collègue M. Boymond, lui a montré qu'il était conforme à l'ordonnance. M. Roux ne s'explique pas la cause de ces accidents, sur la nature desquels il n'a pu se méprendre.

M. Routier. — Le fait est extraordinaire, car je me suis servi couramment de formules analogues, et même plus fortes, sans avoir jamais constaté d'accidents analogues.

M. Roux. — M. Empis m'a dit avoir vu des accidents avec l'eau phéniquée à 1 0/0.

M. Schwartz. — N'y avait-il pas d'état général grave chez cette malade? Le fait, autrement, est tout à fait extraordinaire.

M. Routier. — Les trois quarts des accidents attribués aux toxiques sont en réalité des accidents septiques.

M. Potherat fait une communication sur un cas **d'amputation urgente pour une ostéo-myélite ancienne**.

M. Maurice Bloch adresse une communication sur un cas de **morphinomanie guéri par suggestion** (sera publié).

(M. Mérigot de Treigny est nommé rapporteur scientifique. — M. Paul Blocq rapporteur moral.)

M. Michel-Dansac fait une communication sur l'emploi du **chlorure d'ammonium dans les cas de congestion pulmonaire** (sera publié).

Un des Secrétaires : Dr Paul Blocq.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 *avril* 1890

Présidence de M. le Dr Dumontpallier

Troubles psychiques et hallucinations dans la maladie de Basedow. — M. Joffroy relate un cas de goître exophthalmique avec hallucinations de la vue et le fait suivre des réflexions suivantes,

Les troubles psychiques de la maladie de Basedow prennent, dans certains cas, une intensité telle qu'ils créent une véritable folie, revêtant la forme, soit de mélancolie, soit de manie, l'une et l'autre symptômatiques de la maladie de Basedow.

D'autre part, cette dernière peut se développer chez des individus atteints antérieurement d'aliénation mentale, ou bien provoquer des troubles psychiques. Dans ce cas, la folie n'est point symptômatique du goître exophthalmique; elle constitue une affection surajoutée à la première.

Chez des prédisposés, et particulièrement chez les hystériques avec idées de tristesse, de frayeur ou d'hypocondrie, elle se complique facilement de troubles mentaux appartenant à la fois à l'hystérie et au goître exophthalmique. Dans ce cas, on ne peut rattacher la folie uniquement à l'hystérie ou bien au goître exophthalmique.

La folie du doute. — M. Séglas rapporte l'observation d'un homme de 19 ans, atteint de folie du doute. Lorsqu'il vint pour la première fois le consulter, il se plaignait de difficulté pour écrire, qui se produisait au bout de plusieurs minutes et se traduisait par de la fatigue douloureuse dans le coude. M. Séglas se crut tout d'abord en présence d'un individu atteint de la crampe des écrivains. Il n'en était rien; en effet, ce malade pouvait écrire longuement sans le moindre trouble du côté de la main. C'était l'anxiété de ne pouvoir écrire qui le rendait hésitant dans son écriture. Un examen approfondi fit constater la même incertitude, la même hésitation dans les actes de la vie les plus simples. Tout en se rendant un peu compte de son état, il trouvait scrupule à tout et n'osait agir, et devint rapidement incapable de remplir ses fonctions de caissier. Il était, d'ailleurs, un dégénéré héréditaire : il existait des cas d'aliénation mentale dans sa famille, et sa mère avait été atteinte des mêmes troubles psychiques.

M. Joffroy a observé un cas analogue chez un individu qui se croyait faussement atteint de la crampe des écrivains. Cette préoccupation l'empêchait d'écrire. M. Joffroy est parvenu à le guérir par la suggestion.

Traitement des pustules varioleuses de la face par les pulvérisations éthérées de sublimé. — M. Talamon, après s'être

Digitized by Google

convaincu de l'impuissance de l'antisepsie interne sur la marche de la variole, ne conserve que la médication symptomatique par l'alcool à haute dose, la quinine, l'opium, l'acétate d'ammoniaque, l'ergotine.

Pour agir directement sur les pustules et empêcher les difformités de la face, il a essayé successivement les pulvérisations de tannin, de salol, d'iodoforme et de sublimé dissous dans l'éther. Par son évaporation rapide, ce dernier liquide dépose sur les tissus une couche légère de la substance employée et la fait pénétrer dans l'épaisseur de la peau.

Ces pulvérisations éthérées de sublimé paraissent modifier heureusement l'éruption faciale dans les varioles confluentes. On doit les pratiquer dès le début de la maladie : l'éruption est alors intense, les pustules n'acquièrent pas leur entier développement, la suppuration se raréfie et les cicatrices sont beaucoup moins apparentes. Il n'a jamais constaté d'intoxication hydrargyrique, quoique les pulvérisations soient faites plusieurs fois par jour pendant quelques minutes. Ce résultat mérite d'être contrôlé.

Le titre de la solution de sublimé correspond à celui de la liqueur de Van Swieten.

Dr Mareiguey.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 avril 1890

Présidence de M. le Dr Terrier

Blessure du cerveau par arme à feu. — M. Chauvel rend compte d'une observation de M. Chénieux, sur une blessure du lobe frontal gauche du cerveau, par éclat d'un canon de fusil. Des portions de substance cérébrale sortirent par la plaie; néanmoins le malade survécut, ne présentant aucun trouble de la motilité. Un mois et demi après, M. Chénieux constata que, la cicatrice frontale était animée de battements; pas de trouble de la motilité, anesthésie de toute la partie antérieure du cou et de la poitrine. Un morceau de fer était inclus dans le crâne. M. Chénieux retira ce corps étranger, qui mesurant 7 centimètres en longueur et 2 centimètres et demi en largeur. Il guérit de son opération, mais succomba quelque temps après à la suite d'excès alcooliques.

Cholécystotomie pour calcul biliaire. — M. Terrillon lit un rapport sur une observation de M. Chaput. — Il s'agit d'une femme de 45 ans, atteinte depuis trois ans de douleurs hépatiques, attribuables à la lithiase biliaire. Il existe au-dessous du foie une tumeur assez volumineuse formée par la vésicule distendue. Pour éviter tout épanchement de bile dans le péritoine, M. Chaput évita toute ponction exploratrice et ouvrit d'emblée la vésicule. Il en sortit du liquide bilieux. Un calcul volumineux était enchatonné dans la partie profonde du canal cystique ; des manœuvres assez délicates étaient nécessaires pour le faire sortir. M. Chaput fixa préalablement les bords de la vésicule à la plaie abdominale pour empêcher l'issue de la bile dans le péritoine. Les suites de cette opération furent favorables. Vers le huitième jour, il se forma une fistule biliaire qui fut oblitérée deux jours après par deux plans de sutures; elle ne se reproduisit pas, le canal cholédoque étant perméable.

M. Terrier. — Dans le cas où la vésicule ne communique plus avec l'appareil biliaire, il est inutile de fermer l'orifice fistuleux; il n'en sort plus qu'un liquide muqueux et le trajet ne tarde pas à se former spontanément. Quand la bile coule à l'extérieur et que le canal cholédoque est imperméable, on doit établir une anastomose entre la vésicule et le duodénum, ainsi que M. Terrier l'a fait une fois avec succès pour un cas de cancer du pancréas.

M. Tillaux. — Cette conduite qui est logique, a été indiquée par Winiwarter, qui en a opéré 7 cas. M. Tillaux a fait cette opération une fois, elle a réussi, mais le malade a succombé à la cachexie par cancer du pancréas.

Dr Mareiguey.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 avril 1890.

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

Du travail de nuit dans les ateliers de femmes. — M. Roch'ard lit un rapport au nom d'une commission, en réponse à la demande du ministre du commerce sur les inconvénients hygiéniques du travail de nuit des femmes dans les ateliers.

L'éloquent rapporteur fait valoir les considérations usuelles et morales qui condamnent les pratiques de certains chefs d'industrie. Il s'élève, au point de vue hygiénique, sur les dangers de ce travail pour la santé des femmes et de leurs enfants; sur l'insalubrité des locaux où elles travaillent, à Paris surtout et dans les grandes villes, et sur les inconvénients d'un travail nocturne prolongé s'ajoutant au travail de la journée.

M. Hardy pose quelques objections et demande que l'Académie ne prenne une décision que sur la question hygiénique.

Après des observations de MM. Brouardel et Lefort, les conclusions du rapport sont adoptées à l'unanimité, avec cette réserve que l'Académie entend seulement discuter la question au point de vue de l'hygiène.

BULLETIN DE LA SEMAINE

La 31e réunion de l'Association générale des médecins de France. — La Société française de dermatologie. — Scrutins académiques.

On dit que dans la vie humaine les jours se succèdent sans toujours se ressembler. Il en est de même dans l'existence des Sociétés. C'est fort heureux.

En 1888 et 1889, la fête fédérale des médecins de France avait paru terne. Il y avait des vides nombreux sur ces bancs de l'amphithéâtre où chaque année, deux jours durant, l'Assistance publique hospitalise gracieusement les membres de l'Association générale. Les salons de l'Hôtel Continental semblaient trop vastes et la table du banquet un peu grande. Plus de couverts que de convives au dîner de la confraternité médicale: c'était morose.

En 1890, il en a été autrement, *gaudeamus amici* ; les Sociétés locales ont mis le plus louable empressement à envoyer des délégués à cette réunion. Cet empressement déterminera-t-il les pouvoirs publics à prendre en meilleure considération les vœux de la majorité des médecins français? Il faut le souhaiter.

En tout cas, résultat plus immédiat, cet empressement est une probante démonstration de la vitalité de notre grande Association. Cela n'était point utile pour répondre aux attaques dont elle a été l'objet.

Puis, la question du *relèvement des tarifs de 1811 pour les expertises médico-légales* et celle de *l'indemnité à donner aux médecins malades* méri-

Digitized by Google

taient, on le pensait généralement, un solennel début. On espérait encore que ce début se terminerait par une affirmation solennelle de la solidarité professionnelle de tous les médecins français.

Les usages, le règlement et la courte durée de cette réunion annuelle n'ont peut-être pas permis de donner au début une ampleur désirable. Mais n'anticipons pas.

Dans un prochain numéro, le *Journal des praticiens* appréciera avec son indépendance habituelle la gravité des décisions qui ont été prises et la valeur des arguments qui ont été exposés. Pour aujourd'hui, unissons nos applaudissements à ceux que l'Assemblée reconnaissante adressait à notre vénéré président, M. Henri Roger; admirons l'énergie financière de M. Brusi, un ministre des finances inamovible; enregistrons avec M. Riout le total des ressources sociales s'élevant à 2,692,505 francs; mais, en attendant l'avènement prochain du troisième million, regrettons l'insuffisance du rapport sur les pensions viagères. On a oublié d'y dénombrer en détail les pensionnés et de mentionner le chiffre de leurs pensions. Par contre on y a trouvé le moyen de faire le procès de ces pensionnés qui décèdent, sans porter, en temps utile, leur décès à la connaissance du rapporteur.

En ce temps pascal, que faire pour utiliser ses loisirs? Nos luttes sommeillent; la Faculté rentre à peine de vacances; l'Académie se livre à l'exercice du suffrage universel; les dermatologues et les syphiligraphes français sont seuls à travailler.

C'est de tradition : Vénus, d'ailleurs, chôme-t-elle jamais?

La Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, donne, et fort à propos, un salutaire exemple; le succès de sa première réunion témoigne de la fécondité de l'institution, dont MM. Beomer, Fournier, Vistal, les médecins de l'hôpital Saint-Louis et leurs élèves, ont été les initiateurs bien inspirés.

C'était une idée originale de réunir périodiquement les dermatologues et les syphiligraphes français dans un milieu d'études aussi incomparable que l'hôpital Saint-Louis. C'était aussi une idée patriotique, dont la réalisation servira, désormais, d'argument pour démontrer aux étrangers la vitalité de l'Ecole française, et la possibilité d'apprendre à Paris mieux qu'à Vienne, à connaître les maladies cutanées et syphilitiques.

Enfin, c'était une idée opportune, à preuve le nombre des membres titulaires de la Société et l'importance de leurs communications. Née d'hier, cette institution compte déjà plus de cent membres nationaux. Parmi ces membres, beaucoup habitent la province. Cette Société mérite donc bien la qualification de nationale.

Ne serait-il pas temps, pour le Conseil municipal parisien et l'Assistance publique, de venir en aide à ce mouvement scientifique par la fondation de l'Institut pratique de dermatologie et de syphiligraphie de l'hôpital Saint-Louis et de l'hôpital du Midi? Ce serait le moyen d'attirer les étudiants étrangers à Paris et d'augmenter enfin l'éclat de l'enseignement dermatologique officiel. Et puis ce serait un acheminement vers l'Ecole de médecine pratique des hôpitaux.

Quant à nos académiciens, je le répète, ils scrutinent. Il faut bien faire quelque chose quand il n'y a rien à l'ordre du jour.

Après les révélations sur la caféine et avant les revendications sur la kola, ils ont donc accordé l'honorable titre de correspondant à MM. Diclay (de Lyon) et Raimbert (de Châteaudun). Ils ne pouvaient faire moins à l'égard de confrères aussi éminents; et ce qui étonne, c'est de penser que l'on a si longtemps attendu avant d'inscrire leurs noms estimés sur les listes de présentation. Tout est bien qui finit bien; l'oubli est amplement réparé; félicitons les élus et remercions leurs électeurs.

Aujourd'hui mardi, autre scrutin d'intérêt plus général.

Consultée par les pouvoirs publics sur le travail des femmes dans les ateliers, l'Académie a, d'emblée, et sans longs débats, adopté un judicieux rapport de M. Rochard. Peu d'objections, aucune sur le fond : il s'agit d'hygiène, tout au plus quelques-unes pour la forme. Puis on lève la main, tout le monde est d'accord; on a peu parlé, mais on a fait une bonne action. C'est bien, pour une fois l'Académie a montré qu'elle est femme et que si chacun de ses membres appartient à un autre sexe, elle, du moins, accorde sa sollicitude à ces ouvrières fleuristes, couturières et modistes, dont l'art consiste à embellir la beauté.

On ne saurait être ni plus aimable, ni plus hygiéniste. CH. ELOY.

INFORMATIONS

Le projet de loi sur l'assistance médicale rurale.—Avant-hier dimanche, après une conférence avec M. Monod, directeur de l'Assistance publique, M. Constans a définitivement arrêté le texte du projet de loi, dont les principales dispositions sont conformes à celles que nous avons déjà fait connaître à nos lecteurs.

La loi aurait six titres et quarante articles, donnerait à tout Français indigent et malade, l'assistance médicale *au domicile de secours* ou dans un hôpital. Le service départemental sera organisé sous l'autorité du préfet. Dans chaque commune ou syndicat de commune, on établira un dispensaire pour les consultations externes qui sera rattaché à une infirmerie ou à un hôpital. Les dépenses de l'assistance médicale seront payées sur le produit des fondateurs et legs, le budget communal avec contribution du département et des subventions de l'Etat.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs *Modon*, médecin de la marine en retraite; *Peret*, médecin-major de 1re classe, décédé à Bayonne, et *Colin* (de Menton).

En Angleterre : M. le Dr A. *Smith*, premier professeur de matière médicale à l'Université de Dublin.

En Belgique : M. le Dr *Michoux*, professeur de clinique externe à la Faculté de médecine de Louvain.

Le Gérant : HENRI HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE — N° 17 — 23 AVRIL 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THERAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

COMITÉ DE RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

AVIS. — L'administration de la **Revue générale de clinique et de thérapeutique** fait remarquer aux lecteurs les améliorations typographiques apportées à l'impression du journal et destinées à rendre sa lecture plus facile.

Une seconde amélioration va être réalisée : à dater de ce jour, le **Journal des Praticiens** paraîtra et sera mis en vente, à Paris, dès le **mercredi matin.** Les abonnés de la province doivent le recevoir le mercredi dans la journée, ou, selon les distances, le jeudi par le premier courrier.

Ces améliorations, et d'autres encore dont l'administration poursuit sans cesse la réalisation, sont en rapport avec la prospérité progressive du **Journal des Praticiens**, et l'augmentation continue de ses abonnés et de son tirage.

La **Revue générale de clinique et de thérapeutique** a été fondée en mars 1887. Voici le bilan de ces trois années.

Le 1er janvier 1888, moins d'une année après la fondation du journal, le nombre des abonnements avait augmenté du double.

Le 1er janvier 1889, cette progression était plus grande encore, et ce nombre devenait trois fois et demi plus considérable qu'en 1888.

Au 1er avril 1890, cette même progression a été telle qu'elle nous fait espérer plus de 4,000 abonnés et un tirage annuel excédant 400,000 exemplaires.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hôpital Bichat. — M. HENRI HUCHARD

Traitement médicamenteux et hydrominéral du diabète sucré (1).

Depuis les travaux remarquables de Bouchardat, il me semble inutile de vous exposer à nouveau le traitement diéthésique du diabète sucré. Je préfère aujourd'hui vous parler des principaux agents médicamenteux qui ont été proposés contre cette affection rebelle. La liste en serait très longue assurément, si l'on comprenait parmi les médicaments antidiabétiques tous ceux qui, à l'instar de la valériane par exemple, ne peuvent agir que sur quelques-uns des éléments constitutifs de la maladie. Mais, si l'on considère que les antidiabétiques, pour mériter cette désignation, doivent à la fois diminuer la quantité du sucre, de l'urée et de l'urine, tout en portant leur action sur le système nerveux, sur le foie et sur l'état général, on ne trouve plus qu'un nombre restreint d'agents à étudier. Ce sont : l'antipyrine, le bromure de potassium, les alcalins et l'arsenic.

1. — Lorsque j'introduisis en France **l'antipyrine** dans la thérapeutique, j'eus bientôt l'idée de l'employer à titre de nervin dans le goître exophtalmique (1) ; puis, bientôt, en février 1888, après avoir eu connaissance de quelques faits favorables publiés quelques mois auparavant par Gœnner (de Zurich), je fis connaître, avec des observations à l'appui, une nouvelle médication du diabète, basée sur l'usage de l'antipyrine (2). La conclusion suivante pouvait être déjà formulée : *L'antipyrine est le médicament des affections ou des névroses bulbaires* (diabète, polyurie, goître exophtalmique, etc). Chez un de mes malades, sous l'influence de ce médicament, en quelques jours, ou plutôt en trois semaines, la quantité d'urines s'est abaissée de 10 litres à un peu plus de 3 litres 1/2, l'élimination de l'urée est descendue de 96 grammes par jour à 26 grammes, et enfin, au bout de six jours, la quantité de sucre qui atteignait le chiffre énorme de 753 grammes en 24 heures, n'était plus représentée que par 271 grammes. Un an plus tard, à l'Académie de médecine, ces résultats furent confirmés par la communication de M. Panas et les discussions qui la suivirent.

L'antipyrine agit sur l'excrétion de l'urée et du sucre qu'elle diminue, et, suivant l'ingénieuse expression de Renaut (de Lyon), elle « ferme le rein », ce qui veut dire qu'elle abaisse la quantité d'urine.

Dans le cas auquel j'ai fait allusion plus haut, je suis arrivé à la dose journalière de 8 grammes. Je vous conseille d'atteindre rarement cette dernière dose, et de vous contenter de 2 à 3 grammes par jour à prendre pendant trois semaines ou un mois ; après quoi, vous devez cesser le médicament pendant quinze jours environ, pour le reprendre pendant une autre série et ainsi de suite ; mais ce médicament peut avoir à la longue des effets fâcheux sur les fonctions digestives; pour les éviter, il faut le plus souvent associer une petite quantité de bicarbonate de soude à l'antipyrine. Voici la formule que j'emploie ordinairement :

Antipyrine	20 grammes.
Bicarbonate de soude	10 —

Pour vingt paquets. Prendre, à quatre ou cinq heures d'intervalle, trois à quatre de ces paqets dans un peu d'eau sucrée.

Chez les diabétiques, les fonctions cutanées sont souvent entravées, leur peau est sèche ; il en résulte donc

(1) Conférences du jeudi. (Leçon recueillie par M. TOURNIER, interne des hôpitaux.)

(1) *Société de thérapeutique* 1886-1887, et thèse de Arduin.

(2) *Soc. médico-pratique*, 13 février 1888. — *Revue gén. de clin. et de thérapeutique*, 16 février 1888. — *Soc. de thérapeutique*, avril 1888.

Digitized by Google

que l'antipyrine combat avantageusement cette tendance en activant la sudation.

II. — Le **bromure de potassium** a été recommandé il y a près de vingt-cinq ans par Begbie, puis par Millard Orson et Foster; il a été de nouveau préconisé en France par Félizet depuis quelques années. Mais cette médication n'est pas exempte d'inconvénients pour certains diabétiques, et l'on a cité des cas où une médication bromurée, longtemps continuée à haute dose, avait pu accentuer les phénomènes de dépression nerveuse à laquelle sont déjà si sujets les malades de ce genre. Vous ne devrez donc pas dépasser la dose de 3 à 4 grammes, et vous aurez soin d'en cesser l'emploi de temps en temps, pendant huit ou dix jours chaque mois, par exemple.

III. — Les **alcalins**, le bicarbonate de soude en particulier, sont employés depuis longtemps, avec des succès divers, dans la cure du diabète ; c'est pour cela qu'on envoie les malades aux eaux de Vichy. Pourtant les diabétiques y trouvent assez rarement la guérison, et quelques-uns en reviennent même aggravés et affaiblis. Il ne faut cependant pas trop redouter cette « cachexie alcaline » dont on a tant abusé depuis Trousseau.

Les alcalins représentent, au contraire, dans certains cas bien déterminés, une médication reconstituante ; par contre, s'ils sont employés à tort, ils peuvent devenir, réellement, une médication essentiellement débilitante. C'est donc une erreur de considérer le traitement de Vichy comme la panacée de toutes les formes et de toutes les périodes du diabète. Les eaux de Vichy sont contre-indiquées dans tous les cas où il existe des signes d'épuisement nerveux ou d'épuisement consomptif, surtout dans la tuberculose pulmonaire, dans tous les cas en un mot où l'on peut craindre les effets d'une action débilitante; de même, ces eaux peuvent être funestes aux congestifs, aux artério-scléreux, aux cardiopathes, etc. Lecorché cite plusieurs cas de diabète très aggravés par l'usage intempestif des eaux de Vichy.

Les contre-indications, vous le voyez, sont donc nombreuses. Les indications, par contre, ne sont pas moins nettes : c'est ainsi que les diabétiques hépatiques, exposés à des congestions répétées du côté du foie, les diabétiques obèses, ceux qui sont atteints de goutte et de gravelle, ceux qui ne font pas d'exercice et qui éliminent de l'acide urique en grand excès, tireront un réel profit d'un séjour à Vichy.

IV. — Un autre médicament, qui a surtout pour but d'agir sur l'ensemble des phénomènes nutritifs, et dont j'ai à vous parler plus longuement, en raison de son importance, c'est l'**arsenic**. Employé dès 1834, par Bernt (de Greiswald), puis en 1864 par Owen-Rees, il fut usité en France dès 1866 par Trousseau et par Devergie, qui obtinrent quelques bons résultats. C'est à cette époque que les recherches expérimentales de Saikowski démontrèrent l'action vraiment remarquable des arsenicaux dans le traitement du diabète. Voici le résumé de ces expériences :

a) Le curare et la curarine ont la propriété de produire le diabète chez les animaux. Mais si on administre de l'arsenic à un animal rendu expérimentalement diabétique par ce procédé, le sucre disparaît des urines. Il paraît donc ainsi démontré que l'arsenic serait l'antagoniste du diabète.

b) La piqûre du 4e ventricule détermine de la glycosurie. Mais si l'animal a été auparavant intoxiqué par l'arsenic, il n'y a pas de sucre dans les urines. L'arsenic aurait donc une influence suspensive sur la fonction glycogénique du bulbe.

c) Le foie à l'état normal contient toujours une certaine quantité de glycogène. Mais si l'on soumet un animal à l'usage de l'arsenic, au bout d'un certain temps son foie ne renferme plus trace de glycogène. L'arsenic paraît donc modifier la fonction glycogénique du foie.

Ces expériences de Saikowski ont été en partie vérifiées par Kühne (d'Amsterdam), puis par Quinquaud, il y a huit ans, et à la même époque, par Longevialle, dans sa thèse inaugurale (1).

Ainsi, l'arsenic diminue l'excitabilité du bulbe ; c'est donc un médicament *bulbaire*. En entravant la fonction glycogénique du foie, il agit comme médicament *trophique*. J'ajouterai que lorsqu'on intoxique un animal avec de l'arsenic, on trouve toujours cette dernière substance dans le foie ; c'est donc, en outre, un médicament *hépatique*. Enfin, l'arsenic diminue la quantité d'urée dans les urines ; il représente alors un médicament *d'épargne*.

En vous parlant tout à l'heure de la médication alcaline, je vous ai dit que l'eau de Vichy représentait le type de cette médication. Or, parmi les eaux arsenicales, nous possédons en France les plus actives que l'on puisse rencontrer et qui ne trouvent nulle part leurs analogues ; ce sont les eaux de La Bourboule. Elles sont thermales, bicarbonatées, chlorurées sodiques, arsenicales fortes et faiblement lithinées.

Elles agissent : 1° par leur thermalité (+ 50° au point d'émergence) ; 2° par leur alcalinité (bicarbonate de soude) ; 3° par le chlorure de sodium ; 4° par l'arsenic (0 gr. 028 d'arseniate de soude par litre) ; 5° par sa lithine.

La lithine, en effet, bien qu'en petite quantité, n'est pas sans jouer un certain rôle dans le traitement du diabète. Son action est combinée à celle de l'arsenic dans la solution lithinée arsenicale de Martineau, dont voici la formule :

Dans la boule supérieure d'un appareil à eau de Seltz (système Briet), de la capacité d'un litre environ, on met un paquet contenant 0,20 centigrammes de carbonate de lithine et une cuillerée à bouche de la solution suivante :

Arséniate de soude.....	0 gr. 20
Eau distillée.....	500 »

Cette eau est bue pendant le repas mélangée au vin, et l'appareil doit servir pendant trois repas au moins.

Les résultats obtenus par Martineau au moyen de cette médication sont un peu surprenants, puisqu'il n'aurait eu que trois insuccès sur 70 cas. Quoi qu'il en soit, la

(1) Quinquaud (*Bull. de thérapeutique* 1882). — Longevialle. Traitement du diabète par l'arsenic (*Thèse de Paris* 1882).

Digitized by Google

médication arsenico-lithinée est certainement une des plus actives et des meilleures.

Les eaux qui renferment le plus de lithine sont Royat et Saint-Nectaire, dans le Puy-de-Dôme (0 gr. 035 par litre); Vichy vient ensuite (0 gr. 020 par litre); la Bourboule en renferme aussi une quantité suffisante (0 gr. 015 par litre).

Quant au chlorure de sodium, que l'on rencontre aussi dans quelques eaux minérales, sa présence n'est pas inefficace. D'après Rabuteau, le bicarbonate de soude n'agirait lui-même qu'en se transformant dans l'estomac en chlorure de sodium. C'est, du reste, un reconstituant, et vous savez qu'Amédée Latour le prescrivait aux tuberculeux.

Nous trouvons donc dans l'eau de la Bourboule tous les éléments nécessaires au traitement du diabète. Les travaux de Danjoy, en 1877 et en 1889, sur la cure du diabète, ont du reste démontré l'action réelle de cette cure hydrominérale. Sur 188 cas, il n'aurait essuyé que 26 insuccès. Ces chiffres éloquents doivent entraîner la conviction, et c'est ainsi qu'on peut prescrire avec cette eau une sorte de thériaque antidiabétique. Pour ma part, j'emploie depuis longtemps la médication arsenicale avec le meilleur succès.

Pourtant, on aurait tort d'envoyer tous les diabétiques à cette dernière station, de même qu'on a tort d'envoyer tous les diabétiques à Vichy. C'est dire que les eaux de la Bourboule comportent des indications et des contre-indications.

Je vous ai dit que les diabétiques arrivaient facilement à deux sortes d'épuisements : l'épuisement nerveux et l'épuisement consomptif. Lorsque les malades sont arrivés à cette période, l'indication capitale est la Bourboule, la contre-indication capitale est Vichy. Si, comme le dit Lecorché, on a affaire à un diabète caractérisé par une perte considérable de sucre et d'urée, on ordonnera Vichy ou Vals ; mais dans tous les cas où l'azoturie est peu marquée, quelle que soit l'intensité de la glycosurie, il faudra se garder d'y avoir recours, et préférer la Bourboule. Je ne partage pas tout à fait l'avis de mon savant collègue, et je crois que ces dernières eaux sont également puissantes dans le diabète azoturique ; elles sont également indiquées chez certains diabètes des goutteux, puisqu'elles diminuent l'excrétion de l'acide urique.

En somme, parmi les diabétiques, ce sont surtout les épuisés, les anémiques, les malades à tendances consomptives, qui se trouvent bien à la Bourboule et mal à Vichy. Mais, comme je vous ai démontré que l'épuisement nerveux et consomptif est le plus souvent l'aboutissant de tous les diabètes, il en résulte pour moi que le traitement arsenical est encore le meilleur et que les premières de ces eaux répondent le mieux à la plupart des indications dans le diabète sucré.

Quelle doit être la durée d'une cure hydro-minérale ? Vingt et un jours, vous dira-t-on? C'est là un préjugé. Il n'est pas possible *a priori* de déterminer cette durée qui, suivant les indications, peut être portée à quatre et même six semaines.

Pour me résumer en quelques mots, je vous dirai que les médications antidiabétiques auxquelles je donne la préférence sont l'antipyrine et l'arsenic. Mais l'usage de ces médicaments ne saurait être prolongé sans inconvénients d'une façon constante. Aussi est-il préférable d'user d'une médication alternante, c'est-à-dire d'administrer alternativement l'un et l'autre de ces agents. C'est ainsi que chaque mois on peut prescrire l'antipyrine pendant dix jours, et pendant les vingt autres de l'arsenic sous la forme de préparation pharmaceutique ou sous celle d'eau minérale. Voici une formule que vous m'entendez souvent prescrire:

Chlorure de sodium.	àà 10 grammes
Carbonate (ou benzoate) de lithine	10 grammes
Arseniate de soude.	0.10 centig.

Pour cent pilules qu'on recouvrira de gélatine ou de tolu fluidifié par l'éther pour éviter leur liquéfaction.

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

Incubation de la rougeole, sa durée, sa prophylaxie

Les résultats fournis par l'inoculation des maladies infectieuses se rapprochent sensiblement de ce qu'on peut constater dans les faits cliniques où la date de la contagion est connue d'une façon précise. Toutefois, dans les conditions de l'inoculation, la période d'incubation peut s'abréger, ce qui n'a rien de surprenant puisque le virus a été porté directement dans le courant circulatoire. Ne voyons-nous pas dans d'autres maladies, dans la rage, par exemple, la durée de l'incubation varier selon les espèces animales, selon le mode d'inoculation et selon la région où l'on fait l'inoculation et aussi selon la qualité du virus ?

Les résultats d'inoculation ne valent donc que pour les cas d'inoculation ; or, l'inoculation n'est pas le cas ordinaire pour la rougeole chez l'homme où la contagion se produit sans effraction.

Pour fixer la période d'incubation de la maladie, les faits cliniques ont donc une plus grande valeur, puisque nous restons dans les conditions habituelles, et malgré cela nous devrons encore admettre un certain écart dans les chiffres ; les phénomènes biologiques ne s'astreignent pas à une rigueur mathématique.

Le fait suivant n'a d'autre importance que la précision des renseignements chronologiques, mais sera l'occasion de déductions prophylactiques.

Le jeune Fr..., âgé de 3 ans, n'a fait aucune maladie grave depuis sa naissance, sauf quelques troubles dyspepsiques pendant qu'il était au sein ; ses parents sont bien portants et ses deux frères aînés aussi.

Fin décembre, il eut l'influenza, qui se prolongea jusque vers le 15 janvier (bronchite légère avec toux quinteuse et point de congestion pulmonaire à droite.) Il était donc resté longtemps sans sortir de la maison, quand sa mère, qui est institutrice, l'emmena le 25 janvier dans sa classe, et le 25 seulement. A cette époque débutait à l'école une petite épidémie de rougeole et c'est en effet vers cette date que les enfants commençaient à s'absenter, comme en font foi les registres.

L'enfant, qui avait conservé un peu de toux depuis sa grippe, n'eut pas d'aggravation dans son état; cependant il toussa un peu plus vers le 2 février et le 4 février l'état est le suivant: Toux quinteuse, qui fatigue, rauque, yeux rouges, écoule-

Digitized by Google

ment nasal ; température, soir 38° 6 ; pouls, 120. A peine quelques sibilances dans la poitrine. Langue blanche, gorge rouge, pas de piqueté net du voile du palais. Prescription : Badigeonnage modéré de teinture d'iode au-devant du larynx, bottes d'ouate etc :

Extrait de quinquina		0 gr. 25
Acétate d'ammoniaque	ãã	1 gramme
Benzoate de soude	ãã	1 gramme
Teinture de cannelle		2 »
Sirop thébaïque		5 »
Alcoolat de menthe		5 »
Alcool à 80°		15 »
Chloroforme		1 goutte

Toutes les 2 heures une cuillérée à café dans un peu d'infusion de thé, de pommes ou de cerises sèches.

5 février; même état, même traitement.

6 février; dans la nuit, agitation, apparition d'une éruption.

7 février. Au matin, l'enfant a vomi son lait, langue sale, à enduit jaunâtre, mais humide, constipation ; la gorge est très rouge, pas nettement piquetée. L'éruption apparue la nuit se limite exactement au tronc, rien sur le cou, rien sur la face, si ce n'est un peu d'eczéma sec antérieur, rien sur les membres, ce qui semble un peu anormal ; les macules forment des taches pâles, jaunâtres, d'une coloration chamois, presque comme dans un purpura en régression, mais elles s'effacent sous le doigt au moins en partie ; une friction énergique ne les accentue pas ; pas de prurit, pas d'autres lésions si ce n'est quelques vésiculettes entourées d'une zone rouge saillante à la partie interne de la cuisse droite près du pli inguino-cural.

8 février. L'éruption occupe la face, le menton, tout le corps avec tous ses caractères dans la rougeole. Température : matin 39°4. Peu de râles. Prescription, pour remplacer le sulfate de quinine qui ne peut être donné, ni dans du café, ni en lavement :

Alcoolature de racine d'aconit	ãã	5 gouttes
Teinture de digitale	ãã	5 gouttes
Acide salicylique		1 gramme
Alcool à 80°		10 »
Sirop de quinquina		20 »
Eau distillée de laurier cerise		4 »

Une cuillérée à dessert toutes les 2 heures et demi.

10 février. Râles sibilants et ronflants des deux côtés de la poitrine.

Toux quinteuse, ulcération du frein de la langue. Rien de notable dans la suite, marche ordinaire de la rougeole, un peu d'adénite sous-mastoïdienne à gauche. Prescription, badigeonnage d'iode, huile de foie de morue, vin de quinquina.

L'observation précédente n'est qu'un faible appoint aux cas déjà publiés par Panum il y a longtemps, par M. Gérard (de Marseille), et plus récemment par MM. Beclère, Sevestre et Giron et résumés dans nos classiques.

L'ensemble de ces faits prouve que la rougeole peut se transmettre déjà pendant la période d'incubation, surtout dans la phase dite d'invasion.

On peut invoquer à l'appui de la précocité de la transmission de la rougeole les quelques cas dans lesquels cette maladie a été contractée par l'enfant dans l'uterus et dans lesquels l'éruption de la mère et celle de l'enfant sont presque simultanées, comme dans les observations relatées par Gautier (*Annales de gynécologie* 1879, p. 321) ou comme dans le fait plus récent publié par Lomer (*Centralblatt füs Gynekologi*, 1889 n° 48). Il s'agissait d'une femme de 22 ans qui devait accoucher vers la mi-juillet 1888, quand le 7 juin elle fut prise de frissons, de toux, de cuissons dans les yeux, de diarrhée et accoucha prématurément le 8 dans l'après-midi. Le 9 au matin elle présentait ainsi que son enfant une éruption type de rougeole. La mère se guérit malgré une pneumonie, l'enfant succomba à de l'entérite et probablement au manque de soins.

Mais, ici, les conditions sont aussi différentes de ceux de contagion ordinaire.

Outre la preuve de la contagion dans la période d'invasion, les observations indiquent la durée totale entre la contagion et l'éruption comme égale à 13 ou 14 jours, 8 à 9 jours pour l'incubation, 4 à 5 jours pour l'invasion.

Chez notre petite malade le contact suspect a eu lieu le 25 janvier, le 2 février, il toussait plus, le 6 il commençait à esquisser son éruption.

Ces données, doivent servir de base à la prophylaxie dans les agglomérations d'enfants, dans les écoles, au moyen d'un licenciement soit partiel, soit général.

Si l'épidémie s'annonce modérée, on éloigne les suspects, et par suspects on doit entendre les élèves qui toussent, ont les yeux rouges et le nez qui coule.

Pour cette catégorie il suffit de les renvoyer pendant 4 ou 5 jours pour que la maladie ait le temps de se développer, si ces phénomènes de catarrhe annonçaient l'invasion de la rougeole et ce temps de quarantaine suffit pour les admettre avec patente nette, si l'éruption n'a pas paru.

Au besoin cette mesure pourrait s'appliquer aux enfants, qui ont sûrement été en contact avec leurs camarades atteints de la maladie.

La contagion de la rougeole se fait d'une façon si désespérante pour celui qui y assiste impuissant, qu'il vaut mieux risquer d'éloigner inutilement quelques enfants.

Lorsque le licenciement général s'impose, les observations donnent aussi la durée rationnelle de celui-ci. Puisque 13 à 14 jours semblent la limite ordinaire entre le jour de la contagion et l'éruption, le licenciement durera ce temps.

Dr H. Gillet.
Ancien Interne des hopitaux de Paris.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Le diabète dans ses rapports avec la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.

C'est là un sujet encore peu connu relativement et sur lequel des recherches ont été entreprises en petit nombre. Il semble qu'il n'y ait guère de relation de cause à effet entre la grossesse et l'apparition du sucre dans les urines. Les deux états peuvent seulement s'influencer réciproquement et d'une manière importante.

Une première question se pose. Une femme diabétique peut-elle devenir enceinte ? Cela dépend de l'ancienneté du diabète, et surtout de l'état de la menstruation. Les fonctions utérines sont-elles régulières, la conception s'effectuera comme à l'habitude. Au contraire si les règles sont troublées dans leur apparition, si la glycosurie a gravement retenti sur l'état général, l'œuf ne sera pas capable de se greffer sur la muqueuse de la matrice.

Ainsi dans certains cas, la grossesse peut se produire chez des femmes diabétiques. D'autres fois, une femme

Digitized by Google

enceinte jusqu'alors bien portante devient diabétique à une époque plus ou moins éloignée de la conception. Dans l'un ou l'autre cas, que se passera-t-il soit du côté de la glycosuride, soit du côté de la gestation ?

L'existence d'une lésion utérine peut à elle seule amener par action reflexe la présence du sucre dans les urines. La grossesse agit dans le même sens chez les femmes prédisposées, surtout chez celles qui, dans leurs antécédents héréditaires, accusent l'existence de la glycosurie. Sous l'influence de la gravidité, la maladie peut se développer, s'aggraver, surtout si elle existe déjà depuis un certain temps.

La quantité de sucre augmenté, l'amaigrissement se prononce, la tuberculisation s'opère et la cachexie peut survenir. Tels sont les cas graves. Mais à côté d'eux, il en est d'autres qui sont infiniment moins sévères et qui même ne se manifestent par aucun signe bien net, tout au moins en ce qui concerne la santé de la mère ; des accidents peuvent néanmoins se produire du côté de l'œuf. Et très fréquents sont les cas de mort de fœtus dans la cavité utérine, bientôt suivie d un avortement, ou de la rétention de ce fœtus mort pendant un temps plus ou moins long. On a vu une série d avortements ou d'accouchements successifs se faire sous l influence du diabète.

Tous ces faits ont été relatés par Loeb, M. Duncan, John William, Lecorché, Seegen et tout récemment encore par le Dr Gaudard (1).

Lorsque nous étions interne de M. le Dr Maygrier, nous avons eu l'occasion d'observer une femme qui avait été amenée dans le service d'accouchements avec tous les signes du coma le plus profond. Cette femme était arrivée à la fin d'une grossesse qui avait paru évoluer jusqu'alors aussi normalement que possible. Le ventre avait le volume répondant à l'âge de la gestation, l'enfant se présentait par le sommet, le ciel était presque complètement effacé et déjà perméable. Il y avait commencement de travail mais on n'entendait pas les battements du cœur fœtal. Amené à examiner les urines, dans l'espoir d'y trouver la cause du coma, nous vîmes qu'il y avait une quantité de sucre considérable, d'ailleurs revenant auprès de la malade nous fîmes remarquer qu'elle avait la langue et le palais d'une sécheresse toute spéciale, et l'haleine d'une odeur *sui generis*. Le diagnostic de coma diabétique fut porté et la femme mourut sans avoir accouché.

Des exemples de coma diabétique ont été rencontrés dans l'état principal, mais ordinairement après l'accouchement, et parfois deux ou trois mois après.

L'accouchement en lui-même ne paraît pas offrir de caractère bien spécial, peut-être y a-t-il une certaine paresse de l'utérus à se contracter, une certaine lenteur du col à se dilater. On a signalé sans trop les expliquer la fréquence relative de diverses hydropisites, telles que l'hydramnio, l'hydrocéphalie et même l'ascite du fœtus. La conduite obstétricale serait celle que l'on doit tenir d'habitude en présence de ces éventualités, à quelque cause qu'elles appartiennent.

(1) Gaudard. Th. *Paris*, 1889.

On vient de voir quelles pouvaient être les conséquences de la grossesse existant avec le diabète. D'une façon générale, des accidents seront d'autant plus à craindre que la glycosurie est plus ancienne. Assez souvent, le sucre apparaît pour la première fois dans les urines quelques jours après l'accouchement, au moment de la sécrétion lactée ; et principalement chez les femmes qui n'allaitent pas, ou beaucoup plus tard, chez les nourrices qui sèvrent leur enfant.

Il serait intéressant de rechercher si toute montée de lait non suivie d'allaitement s'accompagne de glycosurie et en particulier pendant la grossesse, soit au début, soit plus tard, à l'occasion de la mort du fœtus par exemple et de sa rétention dans la cavité utérine.

Quoi qu'il en soit et à l'encontre de certains cas observés pendant la grossesse, la glycosurie des nourrices est en général bénigne et passagère, et le plus souvent même demeure inaperçue.

Il y a donc lieu de distinguer une glycosurie physiologique fréquente chez les nourrices et sans gravité d'une part, et d'autre part, le diabète vrai préexistant à la gestation ou se développant pendant qu'elle évolue. Et ce diabète peut inspirer souvent des craintes sérieuses tant au sujet du fœtus qu'au point de vue de la mère.

Ajoutons que l'accouchement est un traumatisme qui peut ici comme ailleurs exercer une influence dangereuse, amener la formation d'escharres, de gangrènes, et favoriser surtout l'apparition de la septicémie.

Le traitement sera celui qu'on emploie d'ordinaire pour le diabète, l'antisepsie sera plus rigoureuse et plus impérieuse que d'habitude.

Dr Demelin.

LE TRAITEMENT DES MALADIES

REVUE BI-MENSUELLE DE THÉRAPEUTIQUE

Du traitement chirurgical de la pleurésie purulente

Nous venons d'observer coup sur coup deux cas de pleurésie purulente : l'une consécutive à une grippe, l'autre greffée peut-être sur une tuberculose pulmonaire.

J'en profiterai pour exposer les indications du traitement chirurgical de l'empyème et son manuel opératoire.

Dans le premier cas il s'agit d'un jeune homme d'une vingtaine d'années, qui a été pris de tous les symptômes caractéristiques d'une influenza à forme thoracique ; puis se sont manifestés des signes de pleurésie, à droite ; la température s'est élevée ; l'état général est devenu mauvais, une ponction avec la canule de la seringue de Pravaz a ramené un liquide purulent au bout de peu de jours. L'examen du malade, pratiqué le 28 janvier, nous a montré, comme l'avait déjà vu notre distingué collègue, le Dr Gilbert, dans le service duquel il se trouvait, un épanchement considérable remplissant tout le côté

Digitized by Google

droit, avec refoulement du poumon vers la colonne vertébrale et le sommet de la poitrine; absence totale de murmure respiratoire, pas de souffle, persistance des vibrations plus atténuées qu'à gauche, dyspnée très intense, pouls petit et rapide, battant 110 fois environ à la minute, température oscillant entre 38 et 39 matin et soir, facies pâle, amaigri.

Nous fûmes d'accord immédiatement sur l'urgence de la pleurotomie qui fut faite le lendemain matin 9 janvier. Incision couche par couche rapidement au niveau du 6e espace intercostal droit, immédiatement en avant du bord antérieur du grand dorsal, en arrière de la ligne axillo-iliaque; on rase le bord supérieur de la côte inférieure et on ouvre largement la plèvre qui laisse écouler environ 1 litre 1/2 de pus jaune crémeux sans odeur. Bien entendu, la région opératoire avait été savonnée, lavée au sublimé au 1,000e et préparée aseptiquement. Deux gros drains accouplés, longs de 5 centimètres environ, sont suturés par deux crins de Florence aux bords de la plaie et l'on fait par leur intermédiaire le lavage antiseptique de la cavité pleurale avec une solution de chlorure de zinc tiède à 1 pour 100, jusqu'à ce que le liquide ressorte clair; puis, pansement à la gaze iodoformée et à la ouate hydrophile et compression ouatée.

Le pansement est renouvelé 24 heures après, sans lavages; il est rempli d'une grande quantité de liquide secrété par la plèvre; la température, qui avait baissé immédiatement après l'intervention, remonte le soir à 39°; il est évident que le poumon ne reprend pas sa capacité et que de nouveaux lavages sont indiqués. Ceux-ci sont pratiqués tous les jours d'abord, puis tous les deux jours, avec de l'eau naphtolée B à 0,30 centigr. pour 1,000 tiède. Les drains sont peu à peu raccourcis. La température revient à la normale, l'état général s'améliore, le malade est pris d'un appétit féroce; la sécrétion diminue de plus en plus, actuellement, 7 février, les drains sont retirés, et la plaie se borne à leur orifice qui se rétrécit de plus en plus, et tend à se cicatriser. L'opéré sort complètement guéri quelques jours après.

Dans le second fait, il s'agit d'une jeune femme de 25 ans environ, à poumons suspects; il s'agit encore d'une pleurésie purulente droite qui est ouverte avec les mêmes précautions et traitée de la même façon que la précédente, mais qui est malheureusement greffée sur un tout autre terrain. L'ouverture antiseptique, le 10 janvier, avec lavage au chlorure de zinc à 1/100 a été suivie de la rémission de la fièvre; mais il persiste encore actuellement une grande cavité antérolatérale dans laquelle il faut faire des lavages deux fois par jour, à moins d'avoir de la rétention et de la résorption donnant lieu à de grandes oscillations de la température; si malgré tout, cette cavité s'est fermée et la malade est sortie guérie de sa pleureusie purulente comme l'opéré précédent.

Quand devons-nous faire la pleurotomie? La réponse ne me paraît pas douteuse. Dès qu'il est prouvé que la plèvre contient manifestement du pus. C'est la règle chez l'adulte; chez l'enfant la pleurésie purulente pourra guérir, en effet, par la ponction simple. L'épanchement purulent confirmé, il ne faut plus attendre et cela parce qu'il n'y a rien à gagner à la temporisation, au contraire tout à perdre; plus le poumon sera affaissé, comprimé par un épanchement longtemps persistant, moins nous aurons de chance de voir réussir la pleurotomie avec un seul lavage antiseptique. Il arrive, en effet, lorsque le poumon a été pendant quelque temps comprimé, affaissé par le liquide pleural, qu'il ne reprend que difficilement ses dimensions; il va moins facilement au-devant de la plèvre pariétale combler l'espace qui a été occupé par l'épanchement. Il faut ajouter à cela la lenteur du retrait de la cage thoracique, d'autant plus rigide que le sujet est plus avancé en âge; en un mot l'opération précoce doit être la règle dès que l'on n'a plus affaire à une pleurésie purulente pouvant guérir par la ponction. Ici interviennent actuellement des notions bactériologiques que le clinicien ne doit pas négliger; les pleurésies à pneumocoques sont à ce point de vue plus favorables que celles à streptocoques. Des communications récentes, à la Société médicale des hôpitaux, de nos distingués confrères Vaillard, Chantemesse, Duponchel, Netter, etc., ont montré que presque toujours la pleurésie purulente, suite de grippe, était une pleurésie à streptocoques, donc d'un pronostic plus défavorable; plus mauvais encore était le cas de notre seconde malade soupçonnée de tuberculose. Quoi qu'il en soit, quel est le manuel opératoire à recommander actuellement pour la pleurotomie?

Le voici tel que je l'ai vu pratiqué: Après avoir soigneusement savonné la région opératoire, c'est-à-dire tout le côté malade, puis lavé à la liqueur de Van Swieten, faire, au niveau du 6e ou 7e espace intercostal, le long du bord supérieur de la côte inférieure, une incision de 5 centimètres qui, couche par couche, divise peau, muscles, puis l'espace intercostal. Nous conseillons de la pratiquer en avant de l'angle inférieur de l'omoplate, de façon à ce que le malade se couchant un peu sur le côté opéré, l'incision réponde à un point déclive favorable à l'écoulement des liquides. Quand on est arrivé sur la plèvre et qu'on a arrêté la légère hémorragie résultant de l'incision des parties molles, on rase le bord supérieur de la côte inférieure et on ouvre

Digitized by Google

largement la cavité thoracique. Immédiatement le pus jaillit en suivant les mouvements respiratoires comme jet; on fait tourner l'opéré si l'écoulement se fait difficilement. On accouple alors deux gros drains d'une longueur de 5 centimètres environ et de 7 à 8 millimètres de diamètre, de façon à ce qu'ils ne soient pas comprimés par les deux côtes qui limitent l'espace intercostal. On les introduit avec le doigt comme guide et on les fixe à l'aide de deux crins de Florence au ras des téguments. Avec une seringue bien nettoyée et aseptique autant que possible, on injecte dans la plèvre, en ayant soin de le laisser ressortir au fur et à mesure, et c'est en cela que les drains accouplés sont très utiles, 4 ou 5 litres de solution de chlorure de zinc au 1/100°, jusqu'à ce que le liquide s'écoule, par le drain non rempli, à peu près clair, c'est-à-dire légèrement laiteux. Il n'y a plus alors qu'à faire un pansement antiseptique compressif avec de la gaze salolée ou iodoformée et de la ouate maintenue par une bande de tarlatane humide; il faut que le pansement embrasse tout le côté malade et soit rigoureusement appliqué, sinon tout ce qui a été fait est illusoire.

Quand le pus est de bonne nature, que le mal est récent, que la plèvre est peu épaissie et le poumon dilatable, le seul lavage antiseptique suffit; le pansement doit être renouvelé 24 heures après, le second pansement 48 heures après le premier; les drains sont laissés en place; si la température reste au-dessous de 38°,5 le soir, que la sécrétion diminue de plus en plus, les drains peuvent être raccourcis au bout de 8 à 10 jours; puis définitivement enlevés quand la sécrétion est devenue presque insignifiante. Si les conditions précédentes n'existent pas, comme dans notre premier cas, il ne faut pas hésiter à renouveler les lavages, non plus avec le chlorure de zinc, mais avec l'eau bouillie naphtolée tiède à 30 centigrammes pour 1,000. Ces lavages seront faits comme les pansements tous les deux jours d'abord, puis tous les trois ou quatre jours, en se laissant guider par la quantité du liquide sécrété, la température vespérale et l'état général. Chez notre premier opéré les drains ont pu être enlevés le 28e jour et il se porte à merveille. Trois ou quatre jours après tout a été fermé. Il est bien entendu que toujours le pansement sera fait avec la même rigueur que le premier jour, sans se départir d'aucune des règles de l'antisepsie chirurgicale.

C'est en agissant ainsi que l'on arrive la plupart du temps à se rendre maître de la pleurésie purulente franche et à amener rapidement sa guérison sans fistule pleurale.

Dr E. Schwartz,
Professeur agrégé à la Faculté de Paris

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

MÉDECINE

Un cas de maladie de Winckel, par M. le Dr Hirst. — En 1879, Winckel (de Dresde) signalait une épidémie d'hémoglobénurie aiguë sur les nouveau-nés. Elle était caractérisée par de la cyanose, de l'ictère, des hémorragies viscérales, de la décoloration des reins et la dégénérescence graisseuse du foie ou des autres organes. Les enfants succombaient dans l'espace de quarante heures environ.

M. Hirst (*University Med. Mag.* Mars 1890) vient d'observer un cas semblable à la maternité de l'hôpital de l'Université de Philadelphie. Le lendemain de sa naissance, un enfant bien constitué présentait des vésicules comparables à celles d'un vésicatoire sur les jambes; le jour suivant, coloration brun-grisâtre de la totalité du corps. L'urine est colorée en brun avec l'hémoglobine : température normale jusqu'à la mort qui survint le cinquième jour. Le premier jour, nombre des hématies : 5.700.000; le cinquième : 3.400.000. Le rapport des hématies aux leucocytes est de 1 à 13,5, le chiffre de l'hémoglobine de 8 pour 100; on voit des microcoques dans le sang. A l'autopsie, on trouve des microbes dans les divers organes; des ecchymoses sur la muqueuse vésicale; du gonflement de la rate et des glandes mésentériques et de l'injection des reins. Le foie, les poumons, la rate et les reins contenaient des cocci; on voit de la dégénérescence du myocarde et les lésions de néphrite infectieuse dans les reins. S. R.

Du purpura dans l'influenza, par M. le Dr Locke. — L'auteur a observé au cours de l'influenza, trois cas d'éruption présentant tous les caractères du purpura. (*The Lancet*, 5 avril 1890).

Le premier cas était celui d'un facteur de chemin de fer qui, trois jours après les premiers symptômes d'influenza, présenta sur les jambes des tâches purpuriques. Il guérit, mais la prostration fut extrême.

Le second malade présenta la même éruption sur l'avant-bras droit au troisième jour de la maladie. C'était un homme vigoureux.

Enfin, troisième cas, un enfant de huit ans, débile, anémique, fut atteint au troisième jour d'une éruption purpurique sur l'abdomen. Elle dura cinq jours. Cette forme de purpura rentre donc dans la catégorie des purpuras symptomatiques des maladies infectieuses. S. R.

De la durée d'incubation de la scarlatine, par M. le Dr Sœrensen. — Dans une série de 38 cas, (femmes récemment accouchées ou individus trachéotomisés) l'auteur a noté la date exacte de l'accouchement ou de l'opération et celle du début de la scarlatine (*St.-Petersburg Med. Woch.* 1890, janvier, n° 1).

Dans 29 cas, les prodromes apparurent le troisième jour qui suivit le traumatisme; dans 7 cas le jour même. De là, cette conclusion : la période d'incubation de la scarlatine varie entre 1 et 3 jours; le minimum de sa durée s'observe chez les individus porteurs d'une plaie chirurgicale, le maximum chez les femmes atteintes de plaies obstétricales. S. R.

CHRONIQUE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Une circulaire ministérielle. — L'hypnotisme sur terre et sur mer. — Une médication qui n'est point militaire.

Il y a quelques jours, M. le Ministre de la marine adressait aux vice-amiraux, aux commandants en chef et autres autorités maritimes, une circulaire dont voici la teneur :

M. le président du conseil supérieur de santé de la marine a appelé mon attention sur ce fait que, dans certains hôpitaux

maritimes, des recherches, ayant pour objet l'étude de l'hypnotisme, étaient parfois pratiquées, et que ces expériences pour lesquelles on allègue la nécessité de suivre les progrès de la science, avaient plus ou moins détourné l'enseignement et la pratique du service médical, de la clinique vraiment rationnelle.

D'un autre côté, l'hypnotisme pouvant, même de l'aveu de ceux qui le préconisent, faire courir des dangers aux malades qui y sont sont soumis, j'ai accueilli les observations de M. le Dr Bérenger-Feraud.

En conséquence, j'ai l'honneur de vous informer que j'interdis d'une manière absolue la pratique de l'hypnotisme dans la marine. Vous voudrez bien prescrire aux officiers du corps de santé placés sous vos ordres, de n'y avoir recours, pour quelque motif que ce soit.

C'est un document.

Peu de semaines auparavant, M. le Ministre de la guerre adressait à nos confrères militaires une note ainsi libellée :

L'hypnotisme pouvant, même de l'aveu de ceux qui le préconisent, faire courir des dangers aux malades qui y sont soumis, j'ai l'honneur de vous informer que j'en interdis d'une manière absolue la pratique dans l'armée. En conséquence, vous voudrez bien n'avoir recours à cette pratique pour quelque motif que ce soit, jusqu'à nouvel ordre.

C'est un second document. D'aucuns ajoutent. C'est en termes administratifs, la traduction du fameux :

De par le Roi, défense à Dieu
De faire miracle en ce lieu.

Eh bien, ne trouvez-vous pas que ces décisions ministérielles arrivent fort à propos au moment où la presse politique annonce les expériences de M. Bernheim sur les malades de l'Hôtel-Dieu et après les essais non moins retentissants de M. Charcot à la Salpêtrière. L'un et l'autre opèrent sur des civils, il est vrai. Ah ! s'ils opéraient sur des militaires ! Quel désastre ! Un ordre ministériel les mettrait peut-être aux arrêts. En vérité, c'est bien singulier : on tolère à l'Assitance publique ce que l'on défend au ministère de la guerre et à la marine.

Eh bien ! l'hypnotisme, dont les pratiques, je l'avoue, ne m'inspirent qu'une confiance médiocre, joue décidément de malheur. Seulement, on en conviendra, s'il est vrai que les doctrines scientifiques se propagent en raison des obstacles que l'on met à leur évolution, celle-ci est certainement assurée de l'avenir.

Il fut un temps où l'Académie de médecine — celle d'hier et non pas celle d'aujourd'hui — niait l'hypnotisme. Plus tard, un de ses membres, Double, faisait adopter une résolution par laquelle cette Compagnie devait à l'avenir s'abstenir de discuter sur le magnétisme animal, comme l'Académie des sciences refuse toute communication sur la quadrature du cercle, la pierre philosophale ou le mouvement perpétuel. Depuis il en a été tout autrement et après s'être occupé trop peu de cette question, voilà que l'on s'en occupe trop.

Trop ou trop peu, qu'importe ; c'est question d'appréciation. Seulement quelle contradiction au moment où les Académies se font tolérantes, voilà des administrations qui condamnent ce que les savants permettent !

Est-ce un coup mortel pour l'hypnotisme ? Demandez-le donc à Nancy, à la Salpêtrière et à l'Hôtel-Dieu.

Ce qui frappe le plus, dans les deux décisions ministérielles, c'est l'ingérence administrative dans une question essentiellement médicale. L'hypnotisme a-t-il une valeur thérapeutique ? Les uns le pensent, d'autres le nient ; à nos confrères militaires de l'armée ou de la marine d'en juger et non pas aux bureaux.

En vérité, en ce temps où on déclare à si haute voix que l'on respecte la liberté professionnelle, il y a quelque chose d'humiliant pour un médecin à recevoir un ordre, au sujet de ce qu'il doit faire ou non, dans l'exercice de sa profession.

Qu'est ce que l'hypnotisme, tel qu'il est compris aujourd'hui par les médecins ? Je ne parle pas, bien entendu, des séances à la Donato, ou à la Pichmann. L'hypnotisme est un acte médical et, pour ceux qui admettent ses vertus, une intervention thérapeutique.

Or, un acte médical relève seulement de la conscience et de l'indépendance de celui qui l'exécute. Si on donne à un médecin des ordres pour lui interdire telle méthode thérapeutique, on peut, au même titre, lui en imposer telle autre. A ce compte, nous irions loin, et nous verrions des circulaires prescrire, selon la mode du jour, une préparation pharmaceutique, ou régler, *ne varietur*, le manuel d'une opération chirurgicale.

Le médecin doit être libre. Il a en mains un arsenal varié de ressources dont la plupart ne sont pas sans dangers Qu'on lui laisse au moins la latitude d'apprécier quand et comment il doit s'en servir. Est-ce qu'il n'a pas fait des études dans ce but ? Est-ce que sa pratique tout entière n'a pas pour objet de lui apprendre à saisir les indications, et à connaître l'opportunité ou le danger d'une médication ?

Pourquoi régenter à ce sujet ? Quand on a de l'âge et de l'expérience, qu'on a travaillé pour se faire une opinion personnelle sur la thérapeutique, on supporte mal de se voir interdire telle pratique déterminée. C'est un peu tard. Et, puisqu'il s'agit d'hypnotisme, c'est quand le médecin est encore sur les bancs de l'école qu'il faut lui en faire connaître les dangers.

Autrement, à vouloir prescrire ou interdire administrativement une médication, on tombe dans une exagération regrettable. Les Allemands, dit on, imposent à tous leurs médecins militaires l'emploi de la méthode de Brand dans la fièvre typhoïde, quel que soit le cas. Aujourd'hui on interdit à nos confrères militaires ou marins la suggestion thérapeutique : les deux procédés se valent. Moins de zèle, messieurs, moins de zèle ; laissez les médecins en paix ! Leur instruction et leur conscience professionnelle sont pour eux un frein suffisant.

Est-ce que, par hasard, les médecins de la marine et de l'armée feraient de l'hypnotisme en chambre et donneraient des séances de somnambulisme ? On ne l'a jamais entendu dire. Il est plus probable que quelques-uns d'entre eux ont voulu s'assurer des faits extraordinaires annoncés par les hypnotiseurs, et ont répété les expériences de Charcot, de Luys, de Bernheim et de Beaunis, lequel fut un de leurs anciens. Où est le crime ?

Ces expériences, ajoute-t-on, ne sont pas sans danger. Rien n'est sans danger en médecine. Il faut simplement savoir ce qu'on fait et pourquoi on le fait. D'ailleurs, s'il suffisait qu'il y eût danger dans un acte médica

Digitized by Google

pour le proscrire, il en est bien peu qui seraient à l'abri de ce *veto*. Et l'on verrait de nouvelles circulaires ainsi conçues : « Le chloroforme ayant donné lieu à » des accidents mortels... » ou : « Les injections de » cocaïne ayant été suivies de syncopes alarmantes et » d'accidents nerveux d'une haute gravité, l'emploi du » chloroforme et de la cocaïne est désormais interdit » dans l'armée et la marine. »

Au point de vue de la médecine militaire, l'hypnotisme offre-t-il quelques avantages thérapeutiques ? On le dit. Exemple : dans l'incontinence d'urine chez des jeunes soldats, la plupart nerveux et impressionnables, on a prétendu essayer le traitement par une suggestion appropriée ; dans l'hypocondrie ou la nostalgie, assez fréquentes chez les recrues, puisqu'elles figurent dans la nomenclature des infirmités pouvant amener la réforme, on aurait tenté la guérison et suggéré aux malades l'idée de voir la vie de régiment en rose, d'oublier son pays, et de ne plus penser à sa famille ou au reste.. Enfin, dans les cas nombreux où l'on voit des jeunes gens tomber dans les rangs, frappés d'une attaque de nerfs, avec ou sans convulsions, demi-hystériques ou demi-épileptiques, est-il sans importance, au point de vue du diagnostic et surtout du traitement, de savoir si le sujet est hypnotisable ou non?

Conclusion : il eût été préférable de rappeler simplement aux médecins de l'armée et de la marine, les dangers de l hypnotisme, et de leur conseiller de ne pas recourir à cette pratique dans un but de curiosite, mais d'en tolérer l'essai seulement comme un moyen thérapeutique.

La conscience du médecin échappe à la réglementation administrative. C'est fort heureux.

S. R.

REVUE DES LIVRES

Code manuel des médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale, par M. le Dr Lucien Collin (Paris 1890, A. Doin). Ce livre est petit par son format, et considérable par les renseignements qu'il renferme a l'usage des étudiants, des docteurs en médecine et des officiers de santé Notre très honoré confrère militaire a été bien inspiré en le rédigeant, et nos confrères qui le liront ne seront pas moins bien inspirés.

Ils y trouveront tous les renseignements désirables sur ce qui, dans les questions militaires, les concerne. Jusqu'ici, il fallait compulser les collections du *Journal officiel* et du *Bulletin officiel du Ministere de la Guerre* pour trouver des renseignements sur leurs devoirs et sur leurs droits. Désormais, grâce aux indications contenues dans ce volume, grâce aux excellentes tables qui le précèdent et le terminent, on pourra facilement et rapidement trouver les indications sur les formalités nécessaires à l'obtention des dispenses universitaires pour les étudiants, les dispositions relatives aux officiers de santé et aux médecins auxiliaires, sur les démarches relatives à l'accession au grade de médecin aide major de 2e classe, sur les conditions de l'avancement, les convocations, la tenue et les changements de domicile. Bref, ce livre mérite bien son titre de Code manuel, autant par la situation de son auteur, qui est attaché à la Direction du service de santé du gouvernement de Paris, que par l'excellence du plan adopté pour sa rédaction.

Il serait donc désirable qu'il fût entre les mains de tous les étudiants et de tous les médecins de la réserve et de l'armée territoriale On ne saurait trop remercier son auteur distingué, d'avoir entrepris et mené à bon terme une œuvre si utile. Pour ma part, je l'en félicite cordialement, bien certain que cette opinion sera unanimement ratifiée. M. Lucien Collin a donc bien mérité du corps médical tout entier.

Ch. Eloy.

Bulletin de la Société de médecine d'Angers (année 1889). — (Angers, 1889, Lachèze). Encore sept années et cette savante assemblée célébrera son centenaire. A défaut d'autres, ce fait donne la mesure de la vitalité scientifique de cette Société et de l'activité de ses membres distingués.

L'année 1889 n'a pas été moins féconde que les précédentes, grâce à l'impulsion féconde que M. le président Tesson et le secrétaire général Gripant ont su imprimer à ses travaux. Dans le domaine de la médecine, je relève les intéressantes communications de M. Quintard sur le *traitement de l'obstruction intestinale par les courants continus* ; de M. Chevrier sur la *scarlatine fruste*, de M. Bontemps sur l'*albuminurie de la grossesse*, de MM. Farge et Gripant sur *la phlegmatia albadoleus*, de M. d'Escoings (de Beaulieu) sur le *cancer du foie*, de M. Tesson sur un cas d'*urticaire* par l'*antipyrine* et de M. Farge sur l'*épilepsie traitée par le sulfonal*. Comment, de plus, ne pas rappeler une publication qui fait honneur à l'érudition de cet éminent confrère et qui a pour objet : le traité inédit d'Alexandre de Tralles, *de pulsibus* ?

La chirurgie a aussi fourni un contingent d'importants travaux Ils sont d'intérêt pratique ; car nos confrères angevins s'attardent peu aux débats théoriques, tels sont : la note de M. Vaslin sur la *trépanation* et *l'évidement des deux extrémités du tibia*, MM. Tellier (de Laval) sur la guérison d'un *anévrisme artério veineux du coude* ; *par ablation et ligature du sac* ; de M. Moreau sur un *myxome de la région carotidienne* ; de M. Dezanneau sur *un cas d'étranglement herniaire chez un enfant de 21 mois* sur les *indications de la cure radicale des hernies* et sur la *rupture de la vessie* et de M. Bontemps (de Saumur) sur une *hydrocèle cloisonnée* sans complications : voici encore des présentations de fibromyomes intra-utérins et de kystes du ligament large par MM. Vaslin, Monprofit, Dezanneau et autres.

Pour être complet, je signale volontiers un mémoire remarquable de M. *Henou* (de Saumur). Ce travail a pour titre : *Observation de hernie crurale étranglée depuis sept jours avec phacèle* ; pour objet, la démonstration de débrider l'anneau avec le bistouri, de préférence à le dilater avec le doigt par le procédé de Gosselin et pour brillante conclusion, la guérison après une opération, consistant dans la dissection, la suture de Lambert et la reduction de l'intestin. Inutile, je pense, d'insister sur la hardiesse et l'originalité de ce procédé opératoire.

Je signalerai enfin, en ophtalmologie, les notes de M. Motet ; en otologie, le mémoire du médecin-major Drouet ont l'*évolution d'une otite moyenne suppurée* ; en tératologie, un mémoire de M. Farge sur l'*acromégalie*, et en hygiène, un discours éloquent de M. Guichard sur la *publicité des seances d'hypnotisme*.

On peut en juger par ces communications nos confrères du Maine-et-Loire sont les champions convaincus du progrès scientifique. Ils le disent ; et, ce qui vaut mieux encore, ils le prouvent.

Ch. Eloy.

Digitized by Google

REVUE PROFESSIONNELLE

I. L'Assemblée générale de l'Association des médecins de France en 1890. — II. Le taux des expertises médico-légales. — L'indemnité en cas de maladie. — IV. Vœu sur la réforme de l'organisation de la médecine légale.

I. **L'Assemblée générale de l'Association des médecins de France en 1890.** -- Des esprits excellents, quoique un peu moroses, accusent l'Association de ne rien faire. Cette critique revient habituellement chaque année en cette saison, où les délégués des Sociétés locales se réunissent à Paris. Il me semble qu'en 1890 ce reproche si on le formule encore, ne sera pas justifié.

L'Association a discuté, et une assemblée où les débats sont aussi vifs est une assemblée bien vivante.

La caisse de l'Association s'enrichit. Tant mieux! Qui donc se plaindrait de voir son capital atteindre le bilan suivant dans les différentes caisses?

Capitaux de la Caisse générale.	88.089 06
Caisse des pensions viagères	1.343.273 75
Avoir des Sociétés locales.	1.061.142 43
Rentes capitalisées à 4 0/0.	200.000 »
Au total . . .	2 692 505 24

C'est une fortune, que des dons augmenteront certainement, et qui permet d'entrevoir le jour prochain où, continuant comme maintenant d'accorder toutes les pensions demandées, on pourra élever le taux annuel des pensions à 1,200 fr. Ce jour fortuné, selon l'heureuse expression de M. Henri Roger, « proclamera » le triomphe de l'Association, les mérites de ceux qui l'ont » servie et la gloire de ceux qui l'ont créée ».

En écoutant ces chaleureuses paroles et en présence d'une situation chaque jour plus prospère, on se disait l'autre jour si l'heure ne serait-elle donc pas venue d'entrer dans une voie nouvelle? Faut-il, ajoutait on, s'en tenir aux résultats acquis, ou bien doit-on étendre l'action de l'Association sur des œuvres auxquelles, jusqu'à présent, elle demeurait étrangère?

Ici, l'entente n'est pas encore faite entre les membres de l'Association, c'est, du moins, le résultat le plus apparent de la séance du 14 avril et de la discussion assez confuse sur l'assurance en cas de maladie.

Cependant, avant d'en arriver à cette question, constatons qu'on avait, d'un accord unanime, voté les conclusions du rapport de M. Mesnet avec la revision des honoraires des médecins légistes.

II. **Le tarif des expertises médico-légales.** — Sur ce point il était d'ailleurs fort aisé de s'entendre.

Le *Journal des Praticiens* a fait connaitre, à titre de document, dans ses derniers numéros, les vœux formulés par un grand nombre de Sociétés locales et d'Associations professionnelles.

Le rapport de M. Motet exprime, en quelque sorte, la synthèse des réponses données par 70 sociétés locales. Ses conclusions, comme de juste, ont donc été adoptées :

1° Le tarif sera uniforme pour toute la France ;

2° Les rapports seront payés par vacations et les frais de transport comptés par kilomètres, mais non de clocher à clocher ;

3° Le médecin sera considéré comme expert et payé en conséquence ;

4° Les honoraires et autres frais seront taxés comme frais urgents ;

Voici les articles du tarif modifié, dont l'Association générale sollicite l'adoption :

Art. 17. — 1° Pour chaque visite et certificat immédiat .....Fr. 10 »

2° Pour visite y compris examen à l'aide d'instruments spéciaux ; pour visite et pansement..... 20 »

En plus des frais ci dessus, le rapport écrit donnant le détail des opérations comprises au paragraphe 2, sera payé par vacations :

3° Il sera alloué aux médecins experts :

a) Pour autopsie d'un fœtus ou d'un enfant nouveau-né 15 »

b) Pour autopsie d'un adulte..... 30 »

c) Pour autopsie d'un sujet en voie de décomposition (*amendement de M Londe*)..... 50 »

En plus des frais ci-dessus, le rapport écrit desdites autopsies sera payé par vacations.

Art. 18. — Les visites faites par les sages-femmes seront payées .....Fr 10 »

Art. 19. — Outre les droits ci-dessus, le prix des fournitures nécessaires pour les opérations sera remboursé.

Art. 22. — Chaque expert médecin recevra pour chaque vacation de trois heures et pour chaque rapport lorsqu'il sera fait par écrit, savoir :

Une vacation de jour.....Fr. 7 »

Une vacation de nuit..... 10 »

Il ne pourra être alloué, pour chaque journée, que deux vacations de jour et une de nuit

Art 25. - Dans tous les cas où les experts médecins, chirurgiens, sages-femmes seront appelés, soit devant le juge d'instruction, soit aux débats, à raison de leurs déclarations, visites ou rapports; les indemnités dues pour cette comparution leur seront payées comme à des experts, par vacation, s'ils requièrent taxe.

Art. 90. — Il est accordé des indemnités aux experts médecins, chirurgiens, sages-femmes, etc., lorsqu'à raison des fonctions qu'ils doivent remplir, et notamment dans les cas prévus par les articles 20, 43 et 44 du code d'instruction criminelle, ils sont obligés de se transporter à plus de deux kilomètres de leur résidence, soit dans le canton, soit au-delà.

Art. 91. — Cette indemnité est fixée pour chaque kilomètre parcouru, en allant et en revenant.

Article additionnel. — Les honoraires, vacations ou indemnités des experts médecins auxquels donnera droit la réquisition écrite d'un officier de police administrative, faisant fonctions d'auxiliaire du procureur de la République, seront taxés comme frais urgents, et visés ainsi qu'il est dit à l'article 140. Ils seront payés par l'administration de l'enregistrement sur la présentation de l'exécutoire.

Au demeurant, l'assemblée générale a donc adopté le rapport de la commission, en laissant à cette dernière le soin de s'entendre avec l'administration pour l'application de ce tarif, s'il est accepté par le législateur, et l'autorisant à s'adjoindre les représentants des sociétés locales, s'il y a lieu.

L'adoption de ces vœux est une solennelle manifestation de la solidarité professionnelle du corps médical tout entier. Sera-t-elle entendue par le Parlement et comprise par le Garde des sceaux ? On l'espère : en tout cas, il en est temps.

Les délégués des Sociétés locales ont fait leur devoir : aux membres du Conseil général et à la commisssion de remplir le leur et de s'inspirer de l'énergie avec laquelle l'assemblée a formulé ces légitimes revendications.

III. — **L'indemnité en cas de maladie.** — Sur cette question, on s'entend moins.

Le rapporteur, M. Lercboullet, a exposé consciencieusement les doutes de la commission sur les voies et moyens permettant de réaliser cette œuvre d'assistance confraternelle. Certaines sociétés refusent de créer des caisses d'assurance mutuelle. D'autres, telle la Société de la Gironde, admettraient une caisse dont tous les membres de l'Association ne seraient pas obligés de faire partie. D'autres, enfin, estiment que la question n'est point compliquée.

Et puis, si une résolution favorable à ce projet était adoptée, ne faudrait-il pas élever le taux de la cotisation? Encore une

Digitized by Google

difficulté dont on peut mesurer la gravité en tenant compte de ce fait que, pour la résoudre, il faudrait au préalable modifier les statuts de l'Association ?

Bref, on s'entend sur l'utilité de l'Assurance médicale mutuelle, sur son principe et sur ses bienfaits, mais on ne peut se mettre d'accord sur les moyens de les réaliser.

Les débats soulevés par ce rapport le prouvent bien. D'une part, le conseil général semble dire aux Sociétés locales : « Entendez-vous donc ; formulez un projet ; je l'adopterai » après. » D'autre part, quelques-unes de ces Sociétés, les plus ardentes au progrès, celles de la Gironde, entre autres, lui répondent : « Et vous, conseil général : agissez donc. Agis- » sez ; prenez l'initiative des propositions. Nous vous suivrons, » marchez en avant, notre place est de venir après vous. »

Dans ces conditions, impossible d'avancer ? On est donc resté en place. Après des incidents de séance qu'il fallait prévoir, et une sorte de rappel à l'ordre justement mérité, on a donc décidé de laisser la question à l'étude et, pour continuer cette étude, de faire appel, s'il y a lieu, aux conseils des membres de l'Association, parisiens ou autres, qui s'adonnent à résoudre ces questions.

Au demeurant, cette résolution était la plus sage et la plus pratique. Elle a prévalu : on ne saurait trop s'en réjouir.

IV. — **Vœu sur la réforme de l'organisation de la médecine légale.** — Un seul vœu a été pris en considération. Il était formulé par la Société locale des Landes, et demandait :

1° De mettre à l'étude la question des changements, des améliorations à apporter à la pratique de la médecine légale ;

2° De demander, au nom du Corps médical français, que le projet du Code d'instruction criminelle organisant la pratique de la médecine légale, soit enfin définitivement discuté et voté par le Parlement.

Encore un vœu, dont la réalisation par les pouvoirs publics, comblera de joie nos petits-neveux ? Si toutefois, ils l'obtiennent ?

C. E.

PHARMACOLOGIE

De la solubilité du salol camphré dans l'éther

Par M. A. François, préparateur au Laboratoire des Cliniques de la Faculté de médecine de Lille.

Le corps obtenu par le broiement du camphre avec le salol, autrement dit le salol camphré, a des propriétés et une valeur antiseptiques qui ne sont plus à contester depuis les travaux de Baffalini, de Désesquelle, d'Audoucet, etc. ; aussi son usage tend-il à se répandre de plus en plus dans le monde chirurgical.

Il est employé couramment dans le service chirurgical de l'Hôpital de la Charité de Lille, particulièrement pour le traitement des divers trajets fistuleux dans lesquels on le prescrit en injections ; on obtient ainsi d'excellents résultats.

Tel qu'on le prépare à la pharmacie de cet hôpital, il contient une partie de salol pour deux parties de camphre. Ainsi obtenu, c'est un liquide tellement visqueux qu'il devient parfois difficile de s'en servir si l'embout de la seringue n'a pas un fort calibre, et qu'il est toujours impossible d'en séparer par filtration les impuretés qu'y a introduites la préparation.

J'ai recherché si, par l'adjonction de quelque corps inoffensif pour l'organisme, on ne pouvait corriger ce défaut du salol camphré. Après quelques tâtonnements, j'ai porté mes préférences sur l'éther dont de très petites quantités suffisent à clarifier et à fluidifier une grande quantité de salol camphré.

Je proposerai en conséquence la formule suivante :

Camphre pulvérisé.....	20 grammes
Salol.....	10 —
Ether sulfurique.....	3 —

On broie ensemble dans un mortier le salol et le camphre, et, après avoir ajouté l'éther, on mélange bien la masse liquide. La limpidité déjà beaucoup plus grande alors devient parfaite après la filtration qui s'opère très facilement. En outre, le liquide passe par toute seringue, quel que soit son calibre. Le salol camphré éthéré doit être conservé dans des flacons bouchés à l'émeri. On prévient ainsi l'évaporation de l'éther et du camphre et par suite la cristallisation du salol.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

MÉDECINE

Du choix des expectorants dans les maladies des voies aériennes (1).

C'est seulement — on l'oublie trop — à la période de coction, à la période des crachats franchement purulents que naît, au cours des bronchites, l'indication des médicaments anticatarrhaux. Les donner plus tôt, c'est retarder cette période de coction : mieux vaut ne pas intervenir que commettre cette imprudence, et je ne sache pas qu'elles aient été couronnées de succès, les tentatives faites pour empêcher la production de la sécrétion muqueuse avec les inhalations d'essence de térébenthine, d'infusion de bourgeons de sapin tout au début du mal. Le goudron, l'élathine peu employée, la naphtaline purifiée, l'hélénine, la myrrhe paraissent cependant pouvoir être exceptés de cette règle générale ; ils aident l'expectoration en fluidifiant l'exsudat bronchique, tout en s'opposant à de nouvelles sécrétions ; aussi les administrera-t-on sans crainte pendant cette période dite intermédiaire des bronchites où le catarrhe, arrivé à la coction en certains endroits (râles muqueux à grosses bulles et crachats purulents homogènes), ne se traduit dans d'autres que par une exsudation louche et opaline légèrement ramollie (râles sous-crépitants fins et crachats filants comme de la gomme, disposés sur les crachats purulents en stries d'un jaune pâle plus ou moins déliées).

Mais une fois que les crachats, tous sans exception, sont purulents et qu'on n'entend plus à l'auscultation que des râles muqueux à grosses bulles, les anticatarrhaux s'imposent. Les tisanes de bourgeons de sapin, de pulmonaire officinale, de polypode de

(1) Fin : voir n° 16.

Digitized by Google

chêne, de buchu, suffiront au cas de sécrétion peu abondante ; cette sécrétion se reproduit-elle rapidement après l'expectoration, prescrivons le baume de tolu (on fait aussi des inhalations d'eau additionnée de teinture de tolu) ; le benjoin, qu'on utilise encore en inhalations d'eau additionnée de teinture de ce styrax ou en fumigations ; l'acide benzoïque, qui s'injecte même sous la peau par seringues d'un gramme d'une solution aqueuse ou alcoolique à $\frac{1}{10}$; — ou bien les résineux : la sève de pin maritime (sirop ou pâte) ; le térébène (4 à 6 gouttes toutes les heures dans une émulsion), dont on a vanté en inhalations un des dérivés : l'hydrate de terpilène ou eau ozonisante ; les diverses térébenthines ; le térébenthène (en injections hypodermiques d'un gramme d'une solution en vaseline liquide à $\frac{5}{30}$) ; la terpine (0 gr. 20 à 0 gr. 60) ; le terpinol (en capsules, pilules, ou injections sous-cutanées dans huile de vaseline à $\frac{1}{20}$) ; la gomme ammoniaque en larmes ou en sortes.

L'expectoration, malgré tout, persiste-t-elle purulente et abondante, le baume de copahu, l'extrait oléorésineux de cubèbe (1 à 3 gr.) en viennent quelquefois à bout.

C'est particulièrement dans ces cas de bronchorrhée purulente tenace que certaines huiles essentielles, quelques anexosmotiques, les astringents, les sulfureux ont rendu des services. L'huile de gabian, ou pétrole brut non rectifié par l'acide sulfurique, a eu un instant de célébrité ; comme l'eucalyptol (perles, capsules, injections sous-cutanées avec une solution à $\frac{5}{20}$ dans l'huile d'olives ou de vaseline) qui a conquis à bon droit les faveurs des praticiens, comme le myrtol (capsules), elle tarit l'expectoration qui, de purulente, devient, après dix à vingt jours, muco-purulente, et bientôt muqueuse. Si l'eucalyptol, si le myrtol n'opèrent pas assez vite cette transformation, donnons en même temps le tanin, l'acide gallique, l'acétate de plomb, le boldo, le datura, la jusquiame, le chanvre indien, l'anémonine, et essayons les inhalations d'essence de térébenthine. Les sulfureux ne viendront qu'en dernier lieu pour consolider la guérison ; on les administrera timidement : une cuiller à soupe par jour d'eau minérale sulfureuse pour commencer ; cinq ou six jours après, deux, et, à partir de la seconde semaine, un demi-verre matin et soir. Dans les villes d'eaux on sera en outre soumis aux inhalations — que quelques médecins ont remplacées avec avantage dans la clientèle par les injections rectales gazeuses d'hydrogène sulfuré — et aux sudations, sur lesquelles nos confrères les hydrologistes comptent beaucoup pour éteindre le processus catarrhal.

Dans les bronchites fétides sans ectasie bronchique l'expectoration n'a pas besoin d'être facilitée par des médicaments, elle l'est par l'hypersécrétion séreuse que déterminent les monades pathogènes ; et, dans la dilatation des bronches, c'est la nature qui se charge d'évacuer comme par expuition l'expectoration séro-puriforme infecte à trois couches. J'en dis autant à propos de la gangrène pulmonaire. Ici donc, dès le début du mal, il convient de mettre en œuvre les anticatarrhaux, et, préférablement aux anticatarrhaux simples (térébenthine, terpine, inhalations d'essence de térébenthine), ceux doués de propriétés antiseptiques (iodoforme, phénol, eucalyptol, thymol, myrtol à l'intérieur, en inhalations, et même en injections dans les bronches dilatées ou dans les cavernes).

Dans la tuberculose pulmonaire les expectorants sont parfois indiqués à la période caverneuse quand les bronches sont obstruées par cette pituite diffluente qu'on dirait avoir été créée tout exprès pour chasser les crachats nummulaires du fond des cavernes. L'ipéca à doses fractionnées, les antimoniaux, l'oxymel scillitique sont démodés : ils ont cédé la place à l'iode (pilules, cigarettes, bougies iodées, injections sous-cutanées), aux iodures de sodium ou de calcium à petites doses dont on s'est aussi servi en inhalations, à l'iodure d'éthyle qu'on inspire, au benzoate de soude (à l'intérieur et en inhalations de la solution), voire même au calomel en pilules ou en injections sous-cutanées dans la vaseline liquide.

Dès l'apparition des crachats, sus aux anticatarrhaux, non pas à la térébenthine ni à la terpine, mais à ceux réputés antiseptiques. Je m'explique. A l'heure présente, malgré bien des affirmations contraires, la plupart intéressées, la matière médicale ne possède pas d'anticatarrhal antiseptique capable de tuer *dans les poumons* le bacille de Koch, chacun de ceux que nous allons énumérer détruit les microzoaires qui se dévoloppent dans les cavernes au sein de l'expectoration à côté du bacille de Koch, arrêtant ainsi, en même temps qu'il tarit une hypersécrétion épuisante, le processus ulcératif auquel n'est pas étrangère l'action corrosive des ferments contenus dans cette hypersécrétion. Voilà — sans parler du gaïacol (perles, vin, lavements, injections sous-cutanées), du menthol (cachets, inhalations, injections hypodermiques et intra-trachéales), du myrtol, de l'eugénol, de l'hélénol (injections sous-cutanées), de l'iodol — le secret de l'efficacité si fréquemment observée de la créosote du goudron de hêtre (pilules, capsules, huile de foie de morue

Digitized by Google

ou de faîne créosotée, vin, alcool, teintures amères créosotées, injections sous-cutanées, intra-pulmonaires et intra-trachéales, injections rectales, inhalations, pulvérisations, onctions thoraciques après incorporation dans la lanoline), du phénol plutôt que de ses dérivés (acide picrique, acide phényl-propionique, phénate de camphre, aniline, benzine), de l'iodoforme (pilules, injections sous-cutanées et péri-caverneuses ou intra-caverneuses, injections rectales, inhalations), des naphtols *a* et *b* camphrés (injections sous-cutanées et parenchymateuses), et enfin des sulfureux les plus variés : sulfites et hyposulfites, soufre lavé et sublimé, eaux minérales sulfureuses, sulfure de calcium en granules, injections rectales d'hydrogène sulfuré, lavements sulfo-carbonés, inhalations et injections hypodermiques d'acide sulfureux. Voilà aussi le secret de l'efficacité d'un autre anticatharrhal antiseptique, le tanin, qu'on alternera — non dans l'espoir, qui serait déçu, de tuer le bacille tuberculeux — avec les préparations précédentes quand surgiront de la fièvre ou des poussées congestives.

L'immense majorité des praticiens ne recommande plus les antimoniaux (tartre stibié, kermès, oxyde blanc) dans les pneumonies lobaire ou lobulaire, que si elles sont accompagnées de bronchite sur une étendue considérable.

De ce que l'accès d'asthme se termine souvent avec l'expectoration de quelques crachats, ou perlés et arrondis, ou allongés et cylindriques, l'on a cru qu'en hâtant cette sorte de crise on couperait court au paroxysme. La vérité est qu'on y a réussi quelquefois par l'injection sous-cutanée de nitrate de pilocarpine qui transforme, paraît-il, les râles secs sonores en râles humides.

L'ipéca, l'émétine, l'apomorphine, les antimoniaux, la liqueur ammoniacale anisée, l'injection sous-cutanée d'iode, les iodures alcalins vident les bronches engorgées dans ces accès d'asthme où l'élément catarrhal, par son intensité, masque l'élément nerveux. Les balsamiques, les résineux, les sulfureux interviennent ensuite pour assécher la muqueuse bronchique.

De ce que la quinte de coqueluche ne prend fin d'ordinaire qu'avec l'expectoration de mucosités filantes, on a pensé — est-ce bien établi? — qu'on abrégerait la durée totale de ce catarrhe spécifique en favorisant l'expectoration par l'usage intermittent des sirops d'ipéca ou de sulfate de cuivre, ou continu du sirop de Desessart et de l'oxymel scillitique.

Dr Ch. Liégeois,
(de Bainville-aux-Saules).

FORMULAIRE DU PRATICIEN

DERMATOLOGIE

I. **Du traitement de la gale par la fleur de soufre.** — Cette médication a été préconisée dans ces derniers temps par les dermatologistes américains, pour remplacer les frictions sulfo-alcalines dont on connaît les avantages, mais dont on n'ignore pas non plus les inconvénients. Par contre, elle est moins fidèle que ces dernières. Ce n'est donc pas une médication de choix, mais une médication de nécessité.

Elle est indiquée dans les cas où il faut ménager la peau et où les frictions produisent une irritation fâcheuse.

En principe, elle est simple et consiste à pratiquer sur la totalité du corps une onction huileuse et antiseptique, ensuite à saupoudrer avec la fleur de soufre. En voici la technique d'après M. Besnier :

1° Onction avec l'huile salolée, ainsi formulée :

Huile d'amandes douces . . . . . 95 grammes.
Salol. . . . . 5 —

2° Recouvrir la surface ainsi huilée avec la fleur de soufre (soufre sublimé et lavé), par de légères frictions.

Ce pansement doit être pratiqué tous les soirs pendant plusieurs jours, avant de se mettre au lit.

II. **Les pansements à l'iodol.** — Cet agent antiseptique, auquel on attribue les propriétés de l'iodoforme, dont il ne possède pas l'odeur désagréable, se prescrit en poudre, en solution et sous la forme de pommade.

1° *Solution alcoolique d'iodol.* Elle contient une partie d'iodol pour trois parties d'alcool.

2° *Ether à l'iodol.* On le prépare en faisant dissoudre une partie d'iodol dans quatre parties d'éther.

3° *Vaseline à l'iodol.* Ce topique se formule ainsi :

Iodol . . . . . 5 grammes.
Vaseline. . . . . 25 —

La faible toxicité de l'iodol permet, on le voit, de l'administrer aussi par la voie gastrique.

S. R.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 avril 1890.

Présidence de M. le Dr Dumontpallier

Œdème pulmonaire, affection de l'aorte et cardiopathies artérielles. — M. Huchard a observé un certain nombre de fois, depuis l'année 1897, l'œdème aigu du poumon comme une complication grave de l'angine de poitrine et de l'artério-sclérose généralisé. La syncope ne doit donc plus passer pour la cause principale de mort rapide dans ces états pathologiques; il faut y ajouter l'œdème aigu. Par son extension rapide sur une large étendue des poumons, il supprime en quelque sorte la fonction respiratoire et détermine l'asphyxie. Cette redoutable complication s'accompagne des symptômes suivants : expectoration mousseuse, abondante et non sanguinolente ; dyspnée subite et extrême, sonorité de la poitrine, nulle en certains points et exagérée sur d'autres. Cette sonorité est due à un emphysème aigu, local et compensateur de l'œdème pulmonaire. Des râles crépitants, fins, très nombreux, envahissent toute la poitrine en quelques heures. Ces signes esthétoscopiques, changeants et mobiles, se déplacent d'une région du ponmon pour en envahir une autre. Le pouls est très irrégulier ; la tension artérielle, d'abord élevée, s'abaisse souvent subitement, et, dans ces cas, la mort ne tarde pas. Ces troubles vasculaires ne sont

Digitized by Google

pas toujours localisés aux poumons On peut observer aussi l'œdème aigu des membres inférieurs, même sans albuminurie.

La digitale, dont l'action est si efficace dans les cardiopathies valvulaires, ne peut rien contre l'œdème aigu des poumons ; il en est de même de l'atropine. Les larges saignées, en amenant la déplétion du système circulatoire, réussissent ainsi ; M. Thierry en rapporte plusieurs exemples dans sa thèse. Les injections hypodermiques de caféine, de strychnine, la scille, à l'intérieur, relèvent la tension artérielle et remplissent mieux l'indication principale.

Pleurésie dans le stade roséolique de la syphilis. — MM. Chantemesse et Vidal rapportent deux observations de pleurésies, qu'ils attribuent à l'infection syphilitique précoce. Cette hypothèse paraît probable.

Une femme de vingt-neuf ans est atteinte en septembre 1889 de roséole syphilique généralisée avec plaques muqueuses; en novembre, elle éprouve de la gêne respiratoire des deux côtés de la poitrine. En janvier 1890, les syphilides sont très abondantes : douleurs nocturnes dans la continuité des membres, fièvre continue et double épanchement pleurétique aux deux bases ; la pression est douloureuse au creux épigastrique et entre les deux chefs des sterno-mastoïdiens. L'épanchement persiste en février, ainsi que l'éruption syphilitique. On emploie alors les frictions mercurielles contre les manifestations diathésiques. Celles-ci disparaissent très rapidement, ainsi que les épanchements pleuraux qui étaient rebelles aux autres traitements.

Une autre femme, de quarante-deux ans, entre le 20 février à l'Hôtel-Dieu annexe, en pleine éruption syphilitique généralisée. Elle a une fièvre persistante, de la prostration, un état général mauvais, des douleurs musculaires et articulaires et la respiration douloureuse. A l'auscultation, on trouve une pleurésie sèche unilatérale. Les frictions mercurielles et l'usage interne de l'iodure de potassium jugent rapidement ces symptômes.

On peut attribuer ces pleurésies à l'infection syphilique, au même titre que les lésions des séreuses articulaires que l'on a signalées depuis longtemps à la seconde période de la syphilis. Les résultats du traitement semblent justifier cette hypothèse.

M. Duponchel a observé des faits analogues à la seconde période de la syphilis, sous forme de péricardites guéries par le traitement mercuriel.

Etat de fascination. — M. Luys présente un jeune homme qui a déjà été l'objet d'une communication de M. Proust à l'Académie des Sciences, à propos d'accidents ambulatoires dont il avait été victime.

Par le regard ou la présentation d'un objet brillant, ou du miroir rotatif, ce jeune homme est hypnotisable et tombe en état de fascination. Cet état de fascination est caractérisé par une anesthésie complète, de la catalepsie et la suggestionabilité. La volonté du sujet devient absente et que l'on peut lui suggérer d'accomplir les actes les plus bizarres.

Dr H. Marciguey.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 avril 1890.

Présidence de M. le Dr Nicaise.

Anastomose de la vésicule biliaire avec l'intestin grêle. — M. Tillaux expose les phases d'une intéressante opération qu'il a pratiquée l'un des premiers en France.

Un homme de 38 ans entre le 13 janvier dans le service de M. Tillaux avec le diagnostic d'obstruction complète des voies biliaires. Il était atteint d'ictère depuis vingt-six mois ; il n'a pas éprouvé de colique hépatique. Depuis quelques semaines seulement il accusait des douleurs dans l'hypocondre droit et la région épigastrique. Teint verdâtre, urines noires et rares, selles décolorées ; au niveau de la vésicule biliaire, tumeur rénitente, arrondie, du volume d'une grosse tête d'enfant, débordant le rebord des fausses côtes et l'ombilic, très douloureuse à la pression. Cette tumeur était formée par la vésicule biliaire distendue et oblitérée au niveau du canal cholédoque.

Le 14 janvier, M. Tillaux pratique la laparotomie, ponctionne la vésicule biliaire et l'attire au dehors ; elle était remplie d'un liquide muqueux, blanchâtre, très différent de la bile. L'introduction du doigt dans cette poche ne permet de sentir ni l'ouverture du canal cystique, ni aucun calcul. Il était donc impossible de se rendre compte si la bile continuait à venir dans la vésicule La création immédiate d'une fistule mettant en communication la vésicule avec l'intestin eût été prématurée. M. Tillaux se contenta donc de fixer la vésicule au duodénum sans établir la communication. Deux jours après, la bile commença à tacher le pansement ; les voies biliaires supérieures étaient donc perméables. M. Tillaux plaça un petit entérotome sur l'éperon qui faisait saillie dans la vésicule et la communication fut établie ; le septième jour, l'orifice présentait les dimensions d'une plume d'oie. Dès que la bile pénétra dans l'intestin, les matières fécales se colorèrent : l'ictère disparut et l'état général du malade s'améliora. Il fallait songer à fermer la fistule cutanée. Ce troisième temps de l'opération fut accompli au commencement de février. Mais le malade ayant eu froid et contracté une bronchite, la plaie se rouvrit quarante-huit heures après, les forces déclinèrent, la cachexie continua et le patient succomba un mois après sa première opération. A l'autopsie, on trouva un cancer du pancréas, généralisé dans le foie et oblitérant le canal cholédoque.

M. Terrier a exécuté la même opération chez une femme pour une lésion semblable. Il pense qu'il est préférable d'opérer en un seul temps, quand la chose est possible et d'établir la fistule sur une portion aussi élevée que possible du tube digestif, pour se rapprocher des conditions normales. Elle peut être créée sur le duodénum, contrairement à l'opinion de M. Dastre. Enfin elle doit être aussi petite que possible, pour éviter le passage des matières intestinales dans la vésicule biliaire. La malade de M. Terrier était atteinte d'un cancer de la tête du pancréas : l'ictère disparut à partir du jour où elle fut opérée.

Orchidopexie pour ectopie testiculaire. — M. Jalaguier a pratiqué sur deux jeunes sujets de 10 et 14 ans, la cure radicale de la hernie et fixé les testicules ectopiés au fond des bourses. Les testicules ne sont pas restés en place, ils ont remonté vers l'orifice inguinale externe : leur consistance est dure, fibreuse ; ils ne sont pas douloureux à la pression et n'ont subi aucun accroissement sous l'influence de la puberté contrairement à ce qui a eu lieu pour le testicule opposé. Si l'on en excepte la cure de la hernie congénitale, ces jeunes sujets n'ont jusqu'ici recueilli qu'un bénéfice modéré de l'opération.

Corps étranger de la vessie. — M. Pamard (d'Avignon) présente un crayon long de 14 centimètres et entouré à l'une des extrémités d'un calcul gros comme un œuf de pigeon, sorti de la vessie d'une fille de 34 ans, par une fistule vésico-vaginale spontanée. Ce crayon avait été introduit six mois auparavant dans la vessie, à la suite de pratiques inavouables. M. Pamard pratiqua la restauration de la fistule, mais la malade succomba à la grippe. A l'autopsie, on trouva une fistule qui mettait la vessie en communication avec une portion éloignée de l'intestin.

Dr H. Marciguey.

Digitized by Google

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 avril 1890

Présidence de M. le Dr MOUTARD-MARTIN

De la noix de Kola. — M. BERGERON lit une lettre de M. HECKEL qui, au sujet de la récente communication de M. G. Sée sur la caféine, réclame la priorité des recherches sur l'action de cette substance, sur la fatigue musculaire qu'elle diminue. Il persiste à croire que la noix de Kola est supérieure à la caféine. Il trouve que M. G. Sée a eu tort de divulguer les faits relatfis à la caféine. Les Allemands se sont inspirés des travaux de M. Heckel sur la noix de Kola. Ils en ont acheté 30 tonnes cette année. A Carlsruhe, on fabrique un biscuit, contrefaçon de celui de M. Heckel et destiné aux troupes. Il aurait mieux valu ne pas ébruiter les travaux français. Enfin, M. G. Sée a soulevé une question qui avait été étudiée par M. G. Sée, depuis dix ans.

M. G. SÉE répond que c'est M. Heckel lui-même qui avait démenti autrefois que la noix de Kola n'agissait que par le théobromine et la caféine. Aujourd'hui, il prétend que c'est le rouge de Kola qui est la partie utile. C'est une substance parfaitement inconnue. M. Heckel lui reproche d'avoir dévoilé les propriétés utiles de la caféine pour diminuer la fatigue des soldats. Il est enchanté que les Allemands se servent de la noix de Kola au lieu de le caféine. La partie industrielle n'intéresse en rien M. G. Sée (??). Toutes les expériences récentes prouveront l'action excellente de la caféine pour diminuer la fatigue. Pourquoi n'a-t-on pas fait des expérience comparatives sur le caféine et le rouge de Kola ?

Exploration du foie dans le diabète. — M. GLÉNARD (de Lyon) fait connaître le résultat de ses recherches. Il y a deux méthodes pour explorer le foie, l'une classique, l'autre à laquelle M. Glénard, qui la préconise, donne le nom de procédé du pouce et qui consiste à rapprocher le plus possible le bord antérieur du foie de la paroi antérieure de l'abdomen par une pression faite en arrière avec quatre doigts, pendant que le pouce explore le bord du foie (1).

Fracture du calcanéum. — M. GUERMONPREZ (de Lille) cite une note sur la fracture du calcanéum. La fracture par écrasement est la plus fréquente. Les signes de cette lésion sont : abaissement des malléoles, effacement de la voûte plantaire, pied valgus, disparition de la masse musculaire du mollet, quand on fait contracter les muscles de la région postérieure de la jambe ; état de flaccidité du tendon d'Achille si on fait mettre le malade à genoux, disposition des phalanges métatarsiennes, donnant au pied une forme rappelant celle de la main en griffe. La réduction se fait sans extension, ni contre-extension. On imprime d'abord au pied des mouvements obliques, puis on fait la coaptation. Au début : émissions sanguines ; contention sans appareil Plus tard, révulsifs, douches chaudes.

M. GUÉNIOT présente un fœtus atteint de **dégénérescence mystique des reins** et un **fœtus anencéphale** de 8 mois.

F. R.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Le cadastre sanitaire. — L'hypnotisme au Conseil municipal.

Que faire dans un banquet? Se mettre à table et dîner.

Les gens de bon appétit le font : pour le bureau et les membres de la Société de médecine publique, c'est l'heure de parler.

Le moment est opportun, en effet, quand on invite un ministre, et que ce ministre, en manière de toast, entretient les convives des améliorations futures de notre organisation sanitaire.

La réforme, dont M. Constans annonçait l'avènement au banquet de vendredi dernier, a nom « établissement du cadastre sanitaire », et consiste dans un service de renseignements sur les mouvements de la population et l'évolution des maladies épidémiques dans chaque commune de France.

Ses agents ? Ce seront les instituteurs, les maires, les sous-préfets, les préfets.

Son objet ? Informer *cito, tuto*, et peut être même *jucunde*, le directeur des services sanitaires, l'honorable M. Monod, le Comité consultatif et le Ministre, aussi, je pense, des variations de l'état sanitaire du pays.

L'idée est large, le projet généreux. On a donc remercié le ministre : c'est bien le moins. Il met son personnel au service de l'hygiène : très bien. Il évite ainsi au budget les charges d'une nouvelle hiérarchie d'agents sanitaires : encore mieux ! Assez de fonctions ; trop de fonctionnaires ; c'est un fléau dont le discours ministériel vient de nous préserver.

Jeudi dernier, un procès se jugeait à l'Hôtel de Ville. Edile, député, et pour la circonstance procureur, M. Desprès, traduisait l'hypnotisme à la barre du Conseil municipal, dans la personne des médecins qui « font « dans les hôpitaux, des expériences de somnambulisme « auxquelles ils convient des hommes politiques, des « journalistes et des comédiens. »

Le réquisitoire était sévère, mais l'hypnotisme a eu pour défenseur M. le directeur de l'Assistance publique. M. Peyron se refuse, dit-il, à restreindre l'enseignement professé dans les hôpitaux. C'est une libérale intention : nous espérons donc que l'administration qu'il dirige, collaborera avec ce même esprit, à l'organisation si désirable de l'Ecole de médecine pratique des hôpitaux.

En attendant, M. Desprès n'a peut-être point tout à fait tort. Une certaine discrétion convient à ces expériences. Et puis, ne serait-il pas désirable pour nos administrations, de mieux s'entendre sur cette question? On condamne l'hypnotisme à la Guerre et à la Marine ; on l'autorise à la préfecture de la Seine et à l'Assistance publique. MM. Barbey et de Freycinet disent non ; MM. Poubelle et Peyron répondent oui. Vérité ici ; erreur là ; administration, mystère et contradiction !

Ch. ELOY.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

Sous cette rubrique, nous reproduisons les opinions de la presse médicale française et étrangère sur les questions d'actualité, mais nous tenons à le déclarer, en mettant *impartialement* nos lecteurs à même de suivre ainsi les mouvements de l'opinion, nous entendons *réserver la liberté de nos appréciations et l'indépendance de notre critique* (N. D. R.).

Après la séance. — *Association générale et assistance en cas de maladie.*

On lit dans la *Gazette hebdomadaire* du 19 avril 1890 :

« Il reste démontré à ceux qui *ont lu et médité*, les rapports

(1) Voir n° 16 de 1890.

Digitized by Google

» des Sociétés locales, que l'immense majorité de celles-ci est » hostile à la Société d'assurances contre la maladie que l'on » se propose de fonder. Lors donc que les membres des So- » ciétés locales qui ont étudié cette question se seront mis » d'accord et auront apporté à la commission nommée par le » Conseil général, qui n'a pu, ni voulu l'établir, quelque pro- » jet acceptable au moins en principe, un second rapport sera » rédigé. Il est probable que le nouveau rapporteur — car il » paraîtra équitable à tous que la lourde tâche d'étudier ces » questions si controversées soit successivement imposées à » divers membres du Conseil général — acceptera dès lors » ce qui a été proposé par le Dr Rouyer, c'est-à-dire la ré- » daction d'un questionnaire comprenant cinq ou six articles » précis auxquels il sera facile de répondre par oui ou par non. » Si, comme nous l'espérons, à la prochaine assemblée géné- » rale se trouve, après ce *referendum*, en présence de chiffres » indiscutables et non de présomptions, d'espérances ou d'illu- » sions, on verra rapidement sans doute triompher l'opinion » si nettement formulée déjà par la majorité de nos collègues. »

L'honorable rapporteur était notre estimé confrère, M. Lereboullet, qui, inutile de le rappeler, est précisément le rédacteur en chef de la *Gazette Hebdomadaire*.

Et maintenant, autre cloche, autre son.

A la même date, le *Concours médical* publie ces lignes :

« Le Conseil général, dont le rapporteur est nécessairement » l'interprète, avait son siège fait. Les arguments présentés par » M. Lereboullet se sont ressentis de cette tendance et ils n'ont » pu convaincre l'assemblée et l'amener à voter, comme d'habi- » tude, les conclusions du Bureau.

» C'est dire que l'indemnité de maladie a obtenu gain de » cause. Grâce aux efforts de divers orateurs, elle a triomphé de » la résistance du Bureau du Conseil général. »

Ici-bas, en effet, le comble de la modestie n'est-il pas de savoir se contenter de peu?

Maladies nouvelles et remèdes nouveaux. — C'est le *British medical Journal* du 19 courant qui s'exprime ainsi :

« *Quid novi?* Une question que l'on se pose quotidiennement. » Dans ces derniers jours, pour l'édification du public, » on a donc trouvé trois maladies nouvelles : la *nona*? C'est » une affection inédite ; vraiment, on serait fort embarrassé d'en » définir la nature. Un *exanthème fébrile*? Qu'est-il? Probable- » ment la variole au début : ce n'est point nouveau. Enfin, la » dernière s'est déclarée à Paris.... »

Quelle est-elle? Le *British medical Journal* nous la révèle en ces termes :

« Elle a la forme d'une inflammation aiguë des glandes du » cou et est particulière aux habitants du haut de l'avenue des » Champs-Elysées. Et cependant, il n'y a point de raison pour » croire que la population de cette cité soit plus à l'abri des » oreillons que la population de toute autre localité!

» La rage des remèdes nouveaux est encore plus aiguë que » celle des maladies nouvelles. A l'heure actuelle, on ne compte » pas moins de cinquante drogues nouvelles pour une maladie » nouvelle. Une publication demi-scientifique en mentionnait » récemment 320, dont, il faut l'avouer, on ignore même le » nom! »

A bon entendeur salut! confrère anglais. La *quackery* n'est-elle donc pas florissante partout et même à Londres?

C. E.

INFORMATIONS

PARIS

Un nouvel asile dortoir. — Le Conseil municipal de Paris vient de voter un crédit de 270,000 francs pour la construction d'un asile dortoir à l'usage des femmes enceintes sur des terrains retranchés du cimetière Montparnasse.

Un conseil supérieur de médecine légale. — Au ministère de la Justice, on se propose, paraît-il, d'instituer sous ce nom une commission de médecins et de magistrats, chargés de donner leur avis au sujet de la question de la responsabilité des criminels, de la suggestion, de l'hérédité ; bref, une sorte de commission de psychologie et d'anthropologie criminelle à l'usage de la justice.

Il existe déjà une Société de médecine légale qui rend des services ; une Société médico-psychologique qui a fait ses preuves ; des experts dont l'opinion a une valeur. Il paraît que cela ne suffit et que le besoin d'une nouvelle institution se faisait sentir. Ce sera une Commission de plus : il n'y en a donc jamais assez!

Société Médico-Pratique. Séance du 28 avril. — Ordre du jour :

1° M. Groussin, polypes des fosses nasales ; ablation ; perte presque complète de l'odorat ;

2° M. Huchard, observation de pseudo-méningite hystérique ;

3° M. Cadet de Gassicourt, quelques mots sur le traitement de la fièvre typhoïde chez l'enfant.

4° M. Dauchez, note sur quatre cas d'érythèmes vaccinaux

NOUVELLES MILITAIRES

L'examen médical des conscrits. — L'instruction ministérielle du 28 mars dernier modifie la marche à suivre pour l'examen des hommes par le médecin, membre du Conseil de révision.

D'après cette nouvelle jurisprudence, chaque homme sera l'objet de deux examens distincts : le premier par le conseil qui déclarera, le médecin entendu, le conscrit bon pour le service, l'ajournera, le classera dans les services auxiliaires ou l'exemptera pour cause d'infirmités ; le deuxième par le général ou l'officier supérieur qui le remplace, le commandant de recrutement et le médecin et ayant pour but l'affectation de l'examiné.

Prix du concours de médecine et de pharmacie en 1886. Par décision ministérielle du 24 mars dernier et sur la proposition du comité technique de santé : 1° le *prix de médecine* institué par décision du 5 juin 1883 sera partagé entre M. Burlureaux, médecin-major de 2e classe, professeur agrégé à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires pour son mémoire : *Généralités sur les maladies contagieuses les plus fréquemment rencontrées chez le soldat*, d'une part ; et MM. Coustan, médecin-major de 1re classe au 122e régiment d'infanterie, et Dubrulle, médecin-major de 2e classe au 145e régiment de même arme, pour leur travail en collaboration sur *pleurésie dans l'armée*, d'autre part ;

2° Les mémoires présentés au concours de chirurgie ne remplissant pas les conditions requises, le prix ne sera pas décerné.

NÉCROLOGIE

En France : M. le Dr Gignoux (de Lyon).

En Angleterre : M. G. Cornelius Jonson, president of the Council of the Royal Medical Benevolent College d'Epsom.

En Espagne : M. le Dr N.-J. Crepo, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Salamanque.

En Russie : M. Verevkin, privat-docent de médecine légale à l'Académie médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg.

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE N° 18 30 AVRIL 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THERAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

COMITE DE RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

AVIS. — *Ce numéro contient un supplément de quatre pages*

REVUE GÉNÉRALE

De la colite chronique sèche

La colite sèche, appelée encore colite glutineuse, pseudomembraneuse, mucomembraneuse se distingue des autres colites chroniques par des caractères assez tranchés pour mériter une place à part ; elle se développe sur une catégorie de malades lui fournissant un terrain spécial ; elle a une évolution insidieuse et irrégulière qui réveille des sympathies multiples et peut égarer le diagnostic ; enfin, elle nécessite un traitement complexe s'adressant non seulement à la lésion locale, mais encore à l'état général.

Cette affection est toujours amenée par la constipation, que celle-ci soit évidente, caractérisée par l'insuffisance et la dureté des selles, ou qu'elle soit latente, comme dans les cas où l'intestin encombré de matières ne s'en débarrasse que par regorgement, fait fréquent chez les enfants. Les fautes de régime, les compressions de l'intestin, les maladies utérines, les déplacements du côlon, l'ectopie rénale, l'abaissement du foie (entéroptose), agissent surtout par la constipation qu'ils produisent. Mais la constipation n'acquiert une influence considérable que sur une catégorie spéciale de sujets, sur les gens nerveux ; aussi les femmes sont-elles beaucoup plus souvent atteintes. Pour la même raison, la maladie est fréquente chez les arthritiques si souvent neurasthéniques et il n'est pas rare de retrouver dans les antécédents des malades soit des coliques hépatiques, soit du sable urinaire ou encore des manifestations herpétiques. La névropathie est donc le facteur le plus important de cette colite. Si les chagrins, le surmenage intellectuel, les excès de toutes sortes peuvent la déterminer, c'est qu'ils créent un état de névropathie transitoire. Peut-être l'état nerveux n'agit-il qu'en exagérant les conséquences de la constipation et en exaltant la sensibilité des centres ; peut-être aussi est-il la cause véritable de l'affection, par le trouble qu'il apporte dans le fonctionnement de l'intestin, l'asynergie qu'il détermine dans les contractions des diverses portions du côlon et la stagnation des matières fécales qu'il produit en certains points.

Chez des sujets ainsi prédisposés par la constipation et l'état nerveux, la moindre irritation de l'intestin par le froid, une indigestion, un purgatif ou des lavements pris mal à propos, peut faire apparaître les accidents ; il en est de même à plus forte raison de toute inflammation aiguë du gros intestin, comme la colite de la rougeole, la dysenterie ou plus rarement la fièvre typhoïde. D'ailleurs, parfois, ces maladies ne font que révéler la colite latente, c'est ce qui a lieu pour la typhlite notamment. On comprend, en effet, qu'il ne soit pas possible le plus souvent d'assigner un début précis à la colite, ses symptômes initiaux se confondant avec la constipation antérieure et les troubles qui en résultent. Même, une fois que la maladie est complètement constituée, il faut encore tenir compte des états morbides cœxistants ; c'est ainsi que la dilatation de l'estomac, l'entéroptose, dont l'association est fréquente, peuvent ajouter leur appoint aux troubles éprouvés par le malade et donner lieu à des symptômes complexes.

Avant le début de la colite, le malade présente donc déjà divers troubles : les selles sont rares, les évacuations pénibles, les digestions sont laborieuses et plusieurs heures après les repas il survient du ballonnement du ventre, de la distension de l'estomac et du côlon. Il peut exister, en outre, des troubles généraux d'origine réflexe ou d'origine toxique ; cet ensemble a été décrit très complètement par Malibran, dans son ouvrage sur l'atonie intestinale. Le premier symptôme nouveau qui apparaît est la douleur ; peu accusée au début, elle siège tantôt au niveau d'une fosse iliaque, tantôt au creux épigastrique, se montrant surtout pendant les périodes de constipation plus grande, pour s'atténuer ou disparaître lorsque survient une détente. Elle augmente par poussées irrégulières jusqu'à constituer de véritables crises ; alors, sous l'influence de la digestion, d'un mouvement exagéré ou même d'une émotion, tout le ventre devient douloureux ; cependant, il y a une prédominance marquée sur un point du trajet du gros intestin, sur le cœcum, sur un des angles du côlon ou au creux de l'estomac. Le malade éprouve dans un de ces endroits des sensations très diverses de morsure, de brûlure intérieure, de constriction violente ou, au contraire, de distension, quelquefois il lui semble que l'intestin soit parcouru par un courant d'eau chaude. Le moindre mouvement lui est pénible et il est obligé de se tenir étendu ou courbé en deux, il retient sa respiration, le plus petit ébranlement du ventre exagérant la douleur ; quelquefois il a des nausées et même des vomissements. Si les

Digitized by Google

douleurs siègent sur l'S iliaque, il est tourmenté par un ténesme très pénible et par des coliques expulsives comme dans la dysenterie. Le ventre se ballonne dans certains cas rapidement; enfin, si l'accès dure un certain temps, les traits se tirent et s'altèrent, le visage pâlit et il peut même survenir un état demi-syncopal.

Les douleurs peuvent égaler en intensité celles de la colique hépatique, elles ont d'ailleurs le même caractère; à la douleur continue on voit se surajouter dans les deux cas de véritables tranchées traduisant l'effort et le spasme du canal intestinal ou biliaire. La ressemblance est surtout grande lorsque l'angle côlique droit est le siège des douleurs, dans ce cas le diagnostic peut être très épineux.

Après avoir duré un temps variable, la crise va en diminuant, puis cesse en général progressivement; il n'est pas rare que le malade après chaque crise éprouve le besoin d'aller à la garde-robe.

L'examen des selles rendues après les douleurs est tout à fait important; car, on y constate fréquemment, au milieu de matières fécales présentant les caractères ordinaires bien connus des selles de constipés, des produits d'aspects membraneux qui ont beaucoup attiré l'attention et ont été considérés comme la caractéristique d'une entité morbide distincte. On sait maintenant que la colite peut exister sans fausses membranes et que leur formation est une conséquence fréquente, mais nullement nécessaire, de l'inflammation du gros intestin.

Dans les cas où cette production est le moins accusée, les matières fécales sont simplement recouvertes de mucus concret formant des plaques opalines irrégulières ou une couche continue de coloration blanchâtre, simulant une couche de cire fondue répandue sur les matières; dans d'autres cas ce sont des paquets de mucus glaireux ou des blocs gélatiniformes ressemblant à du blanc d'œuf cuit. Avec plus de cohésion et plus d'épaisseur, ces produits forment des lambeaux pseudo-membraneux d'aspects divers. Quelquefois, ce sont des tubes qui reproduisent le calibre de l'intestin. Serres (de Dax), a vu un tube semblable qui doublait la muqueuse depuis le cæcum jusqu'au milieu du côlon transverse; d'autres fois ce sont des rubans qui semblent détachés des bandes du côlon, ceux-ci sont souvent pris par les malades pour des fragments de tænia, mais ils n'en ont jamais la régularité, ni surtout l'aspect annelé; enfin les fausses membranes peuvent être ramifiées, ce qui doit tenir au mode de leur décollement, certains points étant restés adhérents et ayant divisé la plaque en plusieurs lanières. Ces fausses membranes peuvent être expulsées sans la moindre douleur, mais souvent elles sont rendues après des coliques; Grisolle cite une malade qui, après chaque crise douloureuse, expulsait une quantité assez abondante d'une matière blanche ou jaunâtre, ressemblant par la forme et la couleur à du gros vermicelle. Tantôt, les produits anormaux sont fixés aux fèces, tantôt ils sont libres et rejetés isolément; on retrouve quelquefois sur une de leurs faces la trace de leur adhérence à la muqueuse; parfois même il y a un peu de sang. L'analyse montre qu'ils sont constitués surtout par du mucus, des cellules épithéliales, un peu d'albumine et des sels; la fibrine y est exceptionnelle; on y constate des bactéries en quantité considérable (Bouchard). Ces fausses membranes ne sont donc en résumé que des coagulations de mucus englobant des cellules épithéliales, qui se desquament peut-être plus activement qu'à l'état normal; elles sont le résultat d'une inflammation catarrhale et sont tout à fait différentes comme constitution, des fausses membranes diphthériques et des débris sphacélés de la dysenterie.

L'exploration du ventre est souvent impossible pendant les crises, à cause de l'intensité de la douleur, mais lorsqu'une rémission permet l'examen, on constate des signes physiques importants; la région douloureuse est distendue, l'intestin y forme une tuméfaction tantôt mate et empâtée, tantôt souple, élastique, avec sonorité exagérée, dans ce cas en pressant doucement la tumeur on produit souvent des borborygmes, et l'on voit la tumeur diminuer momentanément, quelquefois même des gaz filent nettement sous le doigt, donnant une sensation analogue à celle que l'on éprouve lorsque, serrant une hernie entre les doigts, on commence à vider l'anse intestinale des gaz qu'elle contient. La distension peut être portée assez loin dans quelques cas pour donner lieu au clapotage; dans deux cas vérifiés à l'autopsie le clapotage côlique avait fait croire à une ectasie gastrique (Thiébault, 1882).

A côté de ces points distendus il n'est pas rare d'en trouver d'autres où l'intestin également douloureux est considérablement diminué de volume et roule sous le doigt comme un cordon plein. Le volume et la consistance de ces segments se modifient d'un jour à l'autre et même dans l'espace de quelques heures et l'on peut voir la même région distendue à un premier examen puis rétractée peu après. Parfois des gaz accumulés au-dessus de ces obstacles déterminent une douleur aiguë qui ne cesse qu'avec la contraction (Cherchewsky). Il semble bien qu'il y ait là des spasmes localisés qui s'opposent à la circulation des matières et produisent les crises douloureuses, ces spasmes, qui pour nous ne sont pas douteux, nous paraissent jouer dans la pathogénie de l'affection qui nous occupe, un rôle au moins aussi important que l'atonie.

Les crises intestinales peuvent produire des accidents réflexes extrêmement variés: phénomènes névralgiques ou angineux, vertiges, défaillances, tremblements généralisés que nous ne pouvons que signaler (Voir: Lyon, *Gaz. des hôpit.* 1889).

Le retour des coliques n'est soumis à aucune loi; tantôt elles se répètent chaque jour, tantôt elles n'apparaissent que de loin en loin; en général elles coïn-

Digitized by Google

cident avec des périodes de constipation plus grande et annoncent les débâcles et le décollement des fausses membranes ; mais il y a cependant des malades qui supportent très bien la rétention des matières fécales et chez lesquels les accidents éclatent quand on cherche à vaincre l'atonie de l'intestin par des purgations ou des lavements. Le siège des douleurs varie assez rapidement, la maladie semble se transporter d'un point à un autre de l'intestin, de telle sorte que l'on peut voir, au moment où un segment se dégage, un autre se prendre de la même façon: c'est ce qui explique la longue durée de l'affection et ses allures tout à fait irrégulières.

Dans l'intervalle des crises on ne constate que la constipation interrompue parfois par des débâcles diarrhéiques; dans quelques cas cependant ces crises laissent persister pendant un certain temps un point douloureux sur l'intestin.

Lorsque la maladie présente cette marche intermittente, l'état général est peu atteint, il faut signaler cependant l'aimaigrissement et l'exagération de l'état nerveux préexistant. Mais la douleur peut devenir continue sous l'influence de poussées de colite aiguë. Il survient alors des accidents plus graves. La fièvre apparaît, augmente pendant quelques jours sans avoir aucune régularité de marche et sans atteindre ordinairement une grande intensité ; la langue est rouge et se dépouille rapidement, elle est quelquefois sèche comme dans les fièvres graves, l'anorexie est complète, des nausées se produisent souvent ; quelquefois elles tourmentent presque continuellement le malade et s'accompagnent de vomissements, toute tentative d'alimentation aboutit alors à une indigestion. Il peut y avoir passagèrement de la diarrhée, mais le reste du temps on n'obtient de garde-robes que par des purgatifs ; les douleurs du ventre sont souvent très intenses, elles durent continuellement, s'exagèrent par instants. L'état général peut être assez sérieux pour faire penser à une fièvre grave, à la fièvre typhoïde par exemple, mais les antécédents d'une part et de l'autre la prédominance des phénomènes douloureux, la persistance de la constipation et l'amélioration passagère obtenue par les laxatifs, doivent éveiller l'attention et faire examiner plus attentivement le gros intestin dans tout son trajet. La palpation fait reconnaître l'ensemble des signes exposés plus haut et l'on peut souvent suivre les localisations successives de l'inflammation qui revient fréquemment aux points abandonnés (typhlites à répétition). Ces poussées aiguës durent parfois plusieurs semaines avec des rémissions et des reprises ; elles peuvent donner lieu à du péritonisme et à de la péricolite avec production d'adhérences péritonéales qui sont un danger de rechutes et de phénomènes de compression intestinale.

Bien que les lésions de la muqueuse soient le plus souvent tout à fait superficielles dans la maladie qui nous occupe, on a signalé des cas d'hémorrhagies intestinales. Cette complication se voit surtout lorsque les lésions portent sur la fin de l'intestin et affectent le caractère dysenteriforme.

Même en l'absence de complications la colite sèche est toujours une maladie de longue durée qui peut présenter dans le cours de son évolution des modifications notables. La guérison n'est pas absolument stable et l'hygiène des sujets qui en ont souffert pendant un certain temps doit toujours être l'objet d'une surveillance attentive, le moindre écart de régime pouvant amener un retour offensif.

Dr Merigot de Treigny.

CLINIQUE MÉDICALE

La contagion de la phtisie pulmonaire avant la doctrine parasitaire (1)

par le Dr de SANTI, *médecin-major*

En ce qui concerne l'hérédité, Hippocrate était déjà très affirmatif ; Fracastor fixe même les limites de cette hérédité jusqu'à la 5e ou 6e génération. Mercatus et Hoffmann, qui ont écrit sur les maladies héréditaires, comptent la phtisie au nombre de celles-ci ; Dodoneus, Lomius et Piquer ont vu disparaître des familles entières par cette hérédité, etc. Mais il est probable que beaucoup de ces auteurs ont confondu l'hérédité et la contagion ou que du moins ils n'ont vu que des faits d'hérédité dans ces phtisies manifestement acquises par contagion, et cela d'autant plus que la contagion s'observe de préférence chez les sujets prédisposés, c'est-à-dire chez les héréditaires.

Escobar a cependant posé nettement les termes du problème et indiqué la part qu'il fallait faire à chacun de ces deux facteurs. C'est ainsi que, récusant les observations de phtisie prises dans les familles où cette maladie est héréditaire, et qui sont les plus nombreuses à la vérité, il est arrivé à la conviction que la phtisie pouvait se transmettre par contagion aux sujets chez lesquels il n'existait aucune prédisposition héréditaire, qu'elle est par conséquent une maladie contagieuse au même titre que la variole ou la peste.

Il serait fastidieux et inutile de passer en revue tous les auteurs qui, depuis Hippocrate, ont traité de la phtisie pulmonaire. Cependant, un fait frappe à première vue, c'est que, si un certain nombre, comme Boerhave, Willis, Sydenham, etc., tout en traitant longuement de la phtisie, gardent sur la question de la contagion un silence calculé, si quel-

Digitized by Google

ques-uns, comme Stahl (1), déclarent que cette affection est très rare et sa contagion plus rare encore, il n'est aucun en revanche qui nie catégoriquement ce mode de propagation. Par contre un grand nombre, et nous ne citons ici que les principaux, Galien, Fracastor, Fernel, Mercurialis, Baillou, Sennert, Sylvius, Morton, Hoffmann, Van Swieten, etc., sont à ce sujet nettement affirmatifs. — « *Talibus autem pthisicis* (ceux dont le poumon est en suppuration et l'expectoration fétide) *moteuendum ne contágio in sanos propagetur morbus* » dit Van Swieten (2).

Les faits cités abondent du reste. Je ne parle pas des contagions d'époux à époux qui sont admises par tous les auteurs; mais c'est par exemple l'observation rapportée par Rivière (3), d'une fille qui, par compassion, donne le sein à une phtisique, la nourrit de son lait (c'était, paraît-il, un mode de traitement de la phtisie), devient phtisique et contagionne à son tour sa sœur qui habitait avec elle. C'est encore le fait, rapporté par le même auteur (4), d'une servante qui, en donnant des soins assidus de jour et de nuit à sa maîtresse phtisique, contracte à son tour la maladie et en meurt.

J.-B. Montanus raconte qu'un médecin s'infecta simplement en respirant fréquemment les crachats d'un phtisique à la dernière période. On trouve une observation analogue dans les *Miscellanea curiosa*. Du reste, on trouve aussi nombre de faits extraordinaires, sans contrôle et sans valeur démonstrative, mais qui prouvent combien cette idée de la contagion était vivace dans l'esprit des médecins, telle cette observation de Van Swieten d'une femme phtisique qui, sur le point de mourir, donna un baiser d'adieu à son mari, et jamais plus la barbe ne repoussa sur la partie qu'elle avait embrassée. Cela est du merveilleux, mais il n'y avait pas sans doute que du merveilleux dans les observations de cet ordre, puisque Morgagni (5) lui-même s'abstenait de faire l'autopsie des phtisiques par crainte de la contagion.

Quel était, dans les idées des anciens, l'agent de cette contagion? On a pu le deviner par les citations que nous avons faites, c'était l'air, l'air expiré, les produits volatils et halitueux émanés du poumon malade ou de la surface des produits d'expectoration. S'approcher d'un phtisique, mêler son haleine à la sienne, lui parler longuement et de très près, de façon à respirer son souffle, vivre dans l'atmosphère d'une chambre empoisonnée par cette haleine, c'était plus qu'il n'en fallait pour contracter la maladie. Tous sont d'accord à ce point de vue.

« *Sæpe halitus contagione imprudentes labefactat* », dit Fernel (1), en parlant des phthisiques à la dernière période, dont l'expectoration est fétide.

Sennert (2) est plus explicite encore : « *Halitus miasmata quæ pthisici exhalant* , dit-il , *ab aliis cum acre attracta, similem effectum inducunt* ».

Pour Sylvius (3) ceux qui, dans l'entourage du malade, sont le plus exposés, sont les parents et les sujets jeunes : « *Dum expiratus a pthisicis aer, ore naribusque proprius admotis, excipitur et inspiratur, quetenus miasmata fetida et acria continet, quæ afficere et inficere possunt præsertim adstantes consanguineos, teneriores et juniores* ».

Pour Frédéric Hoffmann (4) il faut une prédisposition du sujet qui respire ces miasmes : « *Ejusmodi miasma, si non ad pthisim inducendam, tamen, si dispositio jam adsit, ad promovendam existimem idoneum* ».

Ettmüller (5) écrit : « *Dum ægrotans pulmonum exulceratione confirmata anhelat, sanum et cohabitantes contagium inducere valet* ».

Enfin Van Swieten (6) ne diffère en rien de ces opinions, quoiqu'il emploie une formule plus dubitative : « *Cum pthisicis consuescere tutum minime videtur, quum putridus sputorum halitus ab adstantibus una cum aere inspirato in pulmones trehatur* », et il ajoute encore : « *Ab halitu deploratorum phtisicorum metuendum quid mali videtur* ».

Il n'y a donc aucun doute sur la pensée de ces auteurs; c'est l'air expiré par le malade, chargé d'effluves contagieux fabriqués dans le poumon, qui est l'agent de la propagation, le véhicule de la phtisie.

Cette opinion, on le sait, a trouvé de nos jours des partisans convaincus, et certaines recherches de pathologie expérimentale ont même paru la confirmer. C'est ainsi que M. Giboux (7) aurait réussi à rendre des lapins tuberculeux en leur faisant respirer dans des caisses closes, de l'air expiré par des phtisiques, tandis que d'autres lapins de la même portée, placés dans les mêmes conditions mais respirant le même air filtré sur de l'ouate, sont demeurés indemnes.

(1) G.-E. Stahl. De pthisi, in *Waller*. Disp. pathol. t. II. Dissert. 58.
(2) Van Swieten. Commentaires de Boerhave. t. IV. f. 64.
(3) Rivière. Centuria I. Observ. 99.
(4) Rivière. Cent. IV. Observ. 92.
(5) Morgagni. cité par *Debove*. De la tuberculose parasitaire. *Semaine méd.* 1883, p. 101.

(1) Fernel. Pathologia. De partium morbis et symptomatis, Lib. V. (Edit. de Genève, 1627, p. 523).
(2) D. Sennert. De pthisi. Institutionum medic. Lib. V.
(3) F. Sylvius. De pthisi. § 69, 70 et 71.
(4) F. Hoffmann. Utrum pthisis sit contagiosa (Thèses de pathol , in Opera omnia, t. III, f. 287).
(5) M. Ettmuller. Opera omnia, t. II, f. 681.
(6) Van Swieten. Comment., loc., cit.
(7) Giboux. Comptes rendus de l'Acad. des sciences, 22 mai 1882.

Digitized by Google

C'était du reste une opinion qui semblait se dégager naturellement de l'observation clinique et des résultats de la cohabitation, que d'attribuer à des germes ou des bacilles en suspension dans l'air expiré la contagiosité médiate de la tuberculose.

Malheureusement, des recherches nouvelles et plus précises, en particulier celles de MM. Strauss et Dubreuil (1), Cadéac et Malet (2), sont venues infirmer cette hypothèse et démontrer que, contrairement à l'opinion commune, l'air expiré par les phtisiques est absolument dépourvu de germes et, par conséquent, inoffensif. Ce sont les poussières provenant des crachats desséchés, en suspension dans l'atmosphère des chambres de phtisiques, qui sont les agents de la contagion. A ce point de vue, par conséquent, l'observation des anciens s'est trouvée en défaut.

Ces anciens, du reste, avaient bien remarqué que la contagiosité de la phtisie est différente par son mode de celle des autres maladies infectieuses. « *Hoc contagium non est ita activum ac febrium malignarum* », dit Ettmüller. La plupart, on l'a vu, admettaient la nécessité d'une prédisposition, d'une hérédité tuberculeuse pour que le contage trouvât un terrain favorable à son action, mais, en outre, ils avaient été frappés par ce fait que ce n'est guère qu'au voisinage immédiat du malade, dans son entourage intime et grâce à un contact prolongé, tel que le subissent les parents ou les serviteurs, qu'on observe des exemples de contagion. C'est pourquoi ils considéraient le contage de la phtisie comme étant peu actif de sa nature, d'une virulence relativement faible, incapable de s'exercer au delà d'une zone restreinte et demandant pour agir un contact prolongé. C'est ce que Hoffmann exprime par ces mots : « *Neque tamen tam malignam miasmatis naturam esse censeo, ut e longinquo et subitaneo quasi impetu hominos inficiat, sed tunc demum si quando propinquius et continuo cum pthisicis conserventur* ».

C'est également l'avis d'Escobar. Il fait dans son livre un essai de classification des maladies contagieuses, parmi lesquelles il place la phtisie, et établit quatre classes de ces maladies.

Dans la première, il range les maladies à contage très actif, très diffusible, très virulent, comme la peste et les fièvres éruptives; dans la seconde, les maladies à contage fixe, transmissibles seulement par inoculation, comme la rage et la syphilis ; dans la troisième, les maladies à contage restreint, transmissibles seulement à courte distance ou immédiatement, telles la diphtérie, la lèpre, la gale et la teigne; dans la dernière, enfin, les maladies à contage douteux, telles le scorbut, l'ophthalmie, la scrofule, etc. Or, c'est dans la troisième classe qu'il range la phtisie, dont il caractérise de la sorte l'infectiosité : « le contage de la phtisie est purement halitueux, se dissipe à courte distance, est limité *ad proximum* et est particulièrement dangereux pour ceux qui s'y exposent de près, pour les parents en ligne directe du malade ou pour ceux qui ont une débilité héréditaire ou acquise du poumon » (1).

(*A suivre*) DE SANTI.

(1) STRAUSS ET DUBREUIL. Comptes rendus de l'Acad. des sciences, 5 décembre 1887.

(2) CADÉAC ET MALET. Comptes rendus de l'Acad. des sciences, 12 décembre 1887.

(1) Escobar va même plus loin, il détermine la zone dans laquelle l'haleine d'un phtisique est nocive : « C'est, dit-il, l'atmosphère d'une éructation. Voilà pourquoi, ajoute-t-il, la contagion de la phtisie est si rare. »

LE DIAGNOSTIC DES MALADIES

REVUE BI-MENSUELLE DES CLINIQUES

MÉDECINE

Paris. — **Hôpital Necker** : Service de M. PETER. I. *L'albuminurie post-variolique.* — **Hôpital du Midi**. Service de M. DU CASTEL. II. *Les caractères physiques du chancre induré.*

Montpellier. — **Hôpital Saint-Éloi** : Service de M. le Dr GAYRAUD : III. *Syphilis secondaire de la peau et des muqueuses : son diagnostic, son traitement local.*

I. **L'albuminurie post-variolique.** — L'albuminurie post-scarlatineuse est fréquente, c'est banal; on le sait assez. L'albuminurie post-variolique est plus exceptionnelle; on le sait moins.

De l'avis judicieux de M. Peter, elle ne paraît cependant point très rare. Voilà un premier fait à retenir. Il s'explique.

Il existe de l'hyperémie rénale dans le cours de la variole. Cette hyperémie peut être passagère : tant mieux pour le malade : la poussée s'éteint ; point d'albuminurie post-variolique.

Par contre : elle peut persister ; une néphrite lui succède. Cette inflammation évoluera parfois, souvent même, insidieusement. Un mois, trois mois, un an, deux ans après la variole, un jour ou l'autre, le malade accusera des douleurs lombaires, se plaindra de céphalalgie ; on essayera les urines ; on y trouvera de l'albumine. Point de doute : varioleux d'abord, rénal ensuite, voilà donc ce malade albuminurique ; on l'a suivi, on reconstitue son histoire et on peut constater que, depuis la variole, il a éprouvé, à diverses reprises, les symptômes de l'albuminurie.

Quel est le pronostic de cette albuminurie? Sérieux, cela va sans dire ; et sa gravité résulte des mauvaises conditions dans lesquelles le malade vit, de sa profession, des menaces de refroidissement auxquelles il est exposé et de l'ancienneté plus ou moins grande de la lésion rénale, au moment où l'on est appelé à intervenir.

Le régime lacté, intégral d'abord, mitigé ensuite ; l'administration quotidienne d'un iodure alcalin à la dose de un à deux grammes suivant la tolérance, alternée au

Digitized by Google

besoin d'un jour à l'autre, avec l'usage du tannin, enfin, les cautères sur la région rénale, cautères que M. Peter voit volontiers suppurer durant plusieurs mois, procurent des améliorations.

Ce succès thérapeutique permet-il de formuler un pronostic moins sombre? Oui ; mais à la condition d'observer une hygiène sévère, d'éviter tout refroidissement cutané et de fuir les brusques changements de température.

Au demeurant, l'ancienneté des lésions rénales, la difficulté d'observer scrupuleusement ces précautions hygiéniques sont les obstacles aux guérisons durables. En formulant ces réserves, on peut légitimement conclure, ce me semble, que le pronostic de l'albuminurie post-variolique ne diffère point par sa gravité de celui des albuminuries brightiques d'une autre origine.

A priori, c'était à prévoir; *a posteriori*, le fait est confirmé par l'observation clinique ; aux praticiens d'en prendre bonne note.

II. **Les caractères physiques du chancre induré.** — Si l'albuminurie passe pour une complication d'exception après la variole, il en est tout autrement du chancre induré au début de l'infection syphilitique où il est de règle.

Malgré la vulgarité de cet accident, son diagnostic n'est pas exempt de difficultés. M. du Castel a donc été bien inspiré en discutant les symptômes qui le caractérisent, dans une de ses instructives conférences de l'année 1889.

Au point de vue morphologique, qu'est le chancre induré? Une érosion plutôt qu'une ulcération : sa coloration fondamentale est rouge, ses bords sont circulaires et relevés en pente douce ; son fond est plat ou en godet et sa secrétion peu abondante. Des circonstances diverses en modifient l'aspect, la couleur et la forme.

Une couche de détritus épithéliaux peut donner une coloration grise à sa surface. C'est une coloration d'emprunt.

Suivant les régions, sa forme se modifie. Il devient ovale ou s'allonge en fisssure. Bref, ces caractères morphologiques ne sont pas invariables ; par contre, l'induration est constante.

C'est elle qu'il importe de reconnaître. Comment l'apprécier? En saisissant le chancre, comme si on voulait le soulever, en exerçant une pression aux extrémités d'un même diamètre, au besoin en faisant rouler sous les doigts la peau qui le supporte.

La consistance habituelle de l'induration chancreuse est celle du papier ou du parchemin ; sa résistance est tout à la fois élastique et dure ; ses limites sont nettes et cette netteté le différencie des œdèmes simples ou inflammatoires dont les bords se confondent insensiblement avec les tissus voisins.

Malgré ces données cliniques ; malgré ces caractères classiques, le diagnostic, il faut l'avouer, n'est point toujours aisé.

Il y a des *ulcérations chancreuses sans induration*. On les observe sur la femme plutôt que sur l'homme.

Il y a des *chancres érosifs*, et on les confond facilement avec les érosions simples. D'autres ont une étendue excessive ; ils ressemblent à une tumeur, et on citerait aisément des faits dans lesquels on a confondu l'épithélioma avec le chancre induré des amygdales ou du pharynx.

D'autres fois, ces chancres sont de minime volume. Les plis de la peau les dissimulent; ou bien, s'ils sont multiples, leur groupement les fait ressembler aux vésicules d'herpès. Pour ainsi parler, ce sont des chancres indurés herpétiformes.

Puis, autre cause d'erreur, leur surface s'ulcère ; leurs bords durs et lardacés ne sont plus taillés à pic, tout en conservant cependant une faible inclinaison. Leur fond perd son aspect éclatant et sa coloration rouge; un processus nécrobiotique modifie leur surface; ils ont l'aspect diphtéritique, ce sont des *chancres indurés diphtéroïdes*.

Il y a loin de cette diversité de caractères morphologiques aux descriptions classiques. Le diagnostic du chancre induré n'est donc pas, je le répète, exempt de difficultés. A défaut d'autres symptômes, on ne saurait trop se rappeler cette variabilité. C'est le moyen d éviter les mécomptes d'un diagnostic erroné.

III. **Syphilis secondaire de la peau et des muqueuses; son diagnostic, son traitement local.** — Il ne s'agit pas de l'usage interne des médications spécifiques. En parler, ce serait s'exposer à des redites.

Avec M. Gayraud, j'envisage la question au point de vue, moins exploré, des indications du traitement externe. C'est un problème que l'on peut formuler ainsi : *Quand et comment doit-on intervenir contre les syphilides secondaires de la peau et des muqueuses?*

Sur l'ectoderme, il y a, on le sait assez, syphilides et syphilides. Les unes n'attendent point, pour disparaître, l'intervention du médecin : telles les syphilides érythémateuses et papuleuses. Souvent, ces *syphilides sèches* guérissent seules.

Les autres sont des *syphilides humides* : ulcérations de formes diverses, pustules. Leur guérison spontanée est l'exception. On la sollicitera donc à l'aide d'un traitement local en rapport par son énergie et sa durée avec l'ancienneté de la lésion, sa profondeur et sa résistance aux agents spécifiques.

La conduite à tenir est, cela s'explique, modifiée par des distinctions cliniques.

Contre les *syphilides secondaires sèches* : l'expectation, à moins de papules confluentes. Dans ce cas, un bain général, additionné de dix à douze grammes de sublimé, favorise la résolution.

Contre les *syphilides secondaires ulcéreuses* : une intervention à la fois hygiénique et médicamenteuse. Comme moyens d'hygiène : au premier rang, le repos ; au deuxième : les bains. L'influence salutaire de ceux-ci, l'observation clinique le prouve, suffit dans les cas les plus simples contre les syphilides vulvaires, scrotales ou anales : ils sont les auxiliaires indispensables du traitement local médicamenteux.

Quel doit être ce traitement local? S'agit-il de *plaques muqueuses?* On les lotionnera avec la liqueur de Labarraque : c'est un désinfectant. On les saupoudrera ensuite avec le calomel ; c'est à la fois un spécifique et un

Digitized by Google

antiseptique; et l'on satisfera ainsi aux indications capitales de la médication antivirulente et spécifique

Il existe des syphilides humides contre lesquelles on doit intervenir plus énergiquement : ce sont les *plaques muqueuses* et les *ulcérations* des parois de la cavité buccale. A tout prix, il faut prévenir les dangers de contagion buccale, — le péril du baiser, — de la cuillère, du verre et des instruments domestiques. Comment? Par les cautérisations avec l'azotate d'argent ou le nitrate acide de mercure.

Le nitrate d'argent est le caustique de choix. Absence de toxicité, maniement facile: ces qualités le recommandent. Il échoue trop souvent néanmoins contre les ulcérations amygdaliennes.

Le nitrate acide de mercure est plus efficace. On doit l'employer prudemment : la douleur qu'il provoque est vive. Quant l'ulcération est étendue on n'en fera usage que sur une partie de la surface malade, de plus on n'oubliera pas que, porté dans la cavité buccale, il provoque des accidents d'intoxication graves.

Son application exige quelques précautions. M. Gayraud condamne l'usage de la baguette en verre. Il a raison. Il préfère donc un stylet-mousse ou une tige de bois, les garnit d'ouate, évite de conduire le caustique hors des limites de l'ulcération, et conseille au malade, recommandation toujours urgente, de se gargariser avec soin, après chaque pansement.

Que faire contre les *syphilides ulcéreuses ou pustuleuses* et contre *les condylomes syphilitiques?* Leur diagnostic précoce aurait rendu leur traitement plus facile et plus simple. A-t-il été omis ou le malade s'est-il négligé? C'est le cas le plus fréquent. Elles sont établies. Que faut-il faire?

Voici des *syphilides ulcéreuses simples sans induration* des tissus sous-jacents? La poudre d'iodol ou l'iodoforme suffiront. Reconnaît-on une induration sous l'ulcération? C'est le pansement par occlusion qu'il faut adopter. On le pratiquera avec des bandelettes d'emplâtre de Vigo.

S'agit il de *syphilides pustuleuses ou croûteuses?* Des cataplasmes rendus antiseptiques détergeront la surface ou feront tomber les croûtes avant l'application du topique antiseptique.

S'agit-il de *condylomes des régions ano-génitales*, trop souvent rebelles aux cautérisations par le nitrate d'argent? La pratique de M. Gayraud est ingénieuse. Il combine l'emploi de ce sel avec celui du zinc métallique. La surface condylomateuse est badigeonnée avec la solution argentique. Immédiatement après on la recouvre de zinc métallique; une réaction chimique s'opère; il se forme de l'azotate de zinc, et ce corps, très caustique, continue en la complétant l'escharification commencée par le sel argentique.

Enfin, la précision du diagnostic n'est pas moins nécessaire dans le traitement des *onyxis* syphilitiques.

La plupart des variétés d'onyxis cèdent au traitement intense seul. Il n'en est pas de même des *périonyxis inflammatoires et ulcéreux*. Ils sont justiciables du traitement local. Au début, les antiphlogistiques et, au besoin, le pansement par occlusion avec l'emplâtre de Vigo, peuvent éteindre l'inflammation commençante et prévenir les ulcérations. Plus tard, après l'établissement de ces dernières, la guérison est plus difficile ; il faudra avoir recours aux caustiques : nitrate d'argent, avec M. Diday ; aux antiseptiques, poudre d'iodoforme, avec M. Fournier, ou à l'association de ces agents, mélange d'alun et de camphre pulvérisés, avec M. Delattre.

On s'élève parfois contre la tendance des cliniciens à multiplier les variétés et les formes d'une manifestation morbide. Ici l'abus n'est pas à craindre, et dans le traitement local des syphilides secondaires, le succès dépend tout autant du choix des agents médicamenteux que de la précocité et de la précision du diagnostic.

CH. ELOY.

REVUE DE CHIRURGIE

I. *Examen chirurgical du rein.* — II. *De l'hématurie des néoplasmes du rein.* — III. *Du rein flottant.*

I. Examen chirurgical du rein.— L'examen chirurgical du rein comporte deux points principaux que M. le professeur Guyon notre maître, a bien nettement mis en relief ; à savoir : 1° la recherche de sa *sensibilité* ; 2° l'appréciation du *volume* de l'organe.

La recherche de la *sensibilité* est assez délicate, nous voulons parler bien entendu de la sensibilité provoquée. Il ne faut pas se contenter de palper l'hypochondre ou la région lombaire à pleine main. Cette exploration demande plus de précision ; c'est dans *l'angle costo vertébral*, et à l'aide d'un seul doigt qu'il faut la pratiquer. Pour cela, le malade est étendu dans le décubitus dorsal ; le chirurgien placé *du côté à explorer*, passe la main sous le flanc, met l'index en contact avec la douzième côte, et se porte jusqu'à l'angle qu'elle forme avec le rachis ; il applique alors l'index dans cet angle et presse d'arrière en avant. A ce niveau il est séparé de l'organe par l'épaisseur de la masse sacro-lombaire, et il est nécessaire que celle ci soit relâchée ; pour cela il faut prier le malade de respirer largement et à l'aise, et profiter de chaque inspiration pour pénétrer plus profondément vers l'organe. Par ce procédé on arrive à éveiller une sensibilité très vive, très nette, alors qu'à l'aide de la palpation habituelle uni ou bi-manuelle, on n'avait recueilli que des signes négatifs.

L'appréciation du volume de l'organe, facile lorsque l'augmentation est considérable, est très délicate aussi dans les cas où cette augmentation quoique notable n'est pas très grande. En effet, la résonance intestinale rend les résultats de la percussion abdominale absolument insuffisants. La palpation bimanuelle elle-même (une main déprime la région lombaire, l'autre la paroi abdominale antérieure) à moins d'un gros volume de l'organe ou de circonstances particulièrement favorables (relâchement de la paroi abdominale, amaigrissement rapide) est souvent insuffisante.

Mais il existe un mode d'exploration imaginé par M. Guyon et dont nous avons pu maintes fois apprécier la valeur pratique. Nous voulons parler de ce que ce

Digitized by Google

maître a appelé le *ballottement rénal* (1). Ce phénomène est, en effet, comparable à ce symptôme que fournit la palpation abdominale de la femme grosse et qu'on a appelé le *ballottement fœtal*. Voici comment on procède : le malade étant dans le décubitus dorsal (dans un relâchement aussi complet que possible), le chirurgien placé du côté à explorer, met une des mains sur la région lombaire, près du rachis, l'autre sur la paroi abdominale, sous les fausses-côtes, *près de la ligne médiane*. Cette deuxième main déprime *légèrement* la paroi, elle est passive, c'est elle qui va enregistrer les sensations qui vont lui être transmises par la main active. Celle-ci à l'aide de un ou deux doigts imprime à la région lombaire, des secousses assez brusques, qui, lorsque le rein est augmenté de volume, se traduisent du côté de la main passive par une sensation de choc.

Donc tout rein augmenté de volume est *mobilisable*. Le ballottement est un signe que l'on rencontre surtout dans les tumeurs du rein, mais on l'observe aussi dans le rein déplacé. C'est un signe de grande valeur. Il en est de lui toutefois comme des meilleurs symptômes, il n'est pas absolu ; mais les conditions autres que celles que nous venons d'indiquer où on l'observe sont tellement exceptionnelles qu'elles confirment sa valeur.

A l'état normal on ne l'observe pas, sauf parfois chez la femme pour le rein du côté droit, déplacé par la pression du foie et sous l'influence du corset.

On a vu aussi, un cancer du jéjunum, un cancer du côlon, des matières remplissant le côlon, fournir le ballottement rénal et prêter à erreur. Récemment à la Société Anatomique (2) on a présenté des faits de cet ordre, mais il nous suffit de rappeler qu'un diagnostic ne s'établit pas sur un seul symptôme si important qu'il soit mais sur un ensemble plus ou moins complet de signes. Nous avons vu, chez notre regretté maître Trélat un *kyste hydatique* du lobe gauche du foie, simuler une tumeur du rein, et s'accompagner de battement lombaire, mais il n'y avait aucun trouble urinaire, sauf la présence de *sels biliaires* dans les urines, signe négatif d'une tumeur de rein et inductif d'une tumeur hépatique ; en outre, il n'y avait pas de réplétion de la fosse lombaire. Nous persistons donc à penser que le ballottement rénal est un signe d'une très grande valeur, et susceptible d'être d'une réelle utilité au chirurgien, au point de vue du diagnostic du rein, mais il ne faut pas perdre de vue que ce n'est pas là un symptôme pathognomonique.

II. De l'hématurie des néoplasmes du rein. — On sait avec quelle précision les hématuries dans les maladies des voies urinaires ont été étudiées par M. Guyon et ses élèves. La séméiologie de ce symptôme a une grande valeur, mais elle est parfois bien difficile. Il est ordinairement facile de diagnostiquer l'hématurie provenant des voies urinaires supérieures de celle provenant de la vessie. Un malade rend du sang avec ses urines, on vide sa vessie par le catéthérisme. De deux choses l'une, ou bien le liquide évacué conservera tout le temps son aspect, ou bien il deviendra de plus en plus sanguinolent au fur et à mesure que le réservoir se videra, au point qu'à la fin ce sera du sang presque pur. Dans le premier cas il s'agit d'une hématurie d'origine sus-vésicale, dans le second d'une hématurie vésicale. Le phénomène acquierra encore plus de valeur s'il persiste après le lavage de la vessie. Celui-ci, dans le cas de néoplasme vésical, montre nettement cette coloration sanglante de la fin de l'émission. Exceptionnellement, très exceptionnellement, si le sang fourni par le rein est très abondant et émis rapidement, il pourra y avoir des doutes, mais il suffira de poursuivre l'observation pendant plusieurs jours pour arriver à se faire une opinion ferme. L'hématurie rénale s'accompagne d'un dépôt dans lequel le microscope peut déceler la présence des dépouilles du rein, cylindres, hématies, cellules, etc. Ces cellules sont souvent altérées, déformées et peuvent se présenter sous un aspect particulier que quelques auteurs, Moore en particulier, ont cru, à tort, être spécial au cancer du rein.

La perte de sang est fréquemment accompagnée ou précédée de coliques néphrétiques dues au passage de caillots par les uretères. On a bien souvent recherché si avec ces caillots ne passeraient pas des débris de la tumeur qui, au microscope, pourraient éclairer le diagnostic, mais vainement jusqu'ici. (E. Guillet, thèse Paris 1888).

L'hématurie du cancer du rein a des caractères particuliers. Elle survient d'ordinaire à une époque *tardive*, malheureusement. Elle survient *sans cause* appréciable et disparaît de même ; le repos au lit, qui très rapidement fait cesser l'hématurie calculeuse, est sans influence sur elle Elle se *répète*, tantôt à de courts intervalles, tantôt à des intervalles très éloignés ; rien ne fait prévoir son retour. Sa *durée* est également très variable ; tantôt elle persiste plusieurs jours, dans d'autres cas elle cesse et réapparaît plusieurs fois dans la même journée. Ce caractère d'*intermittence* se retrouve dans la tuberculose rénale, mais il est bien plus accusé encore dans le néoplasme du rein. Ordinairement peu abondante, l'hématurie, par sa durée, par sa répétition surtout, concourt puissamment à aggraver l'état général du sujet, d'autant plus facilement qu'elle survient, avons-nous dit déjà, à une époque tardive dans l'évolution du cancer. Mais celle ci est très lente lorsque le cancer est primitif, c'est-à-dire unilatéral ; l'autre rein subvenant à l'insuffisance de fonction ; c'est ce qui se passe aussi dans la tuberculose primitive, unilatérale. Au contraire, la tuberculose secondaire bilatérale s'accompagne très vite de phénomènes graves.

Il est un cas cependant où l'hématurie rénale acquiert une importance plus grande, c'est lorsqu'il existe des lésions dans la vessie que l'épithélium est desquamé Alors les caillots deviennent un excellent terrain de culture ; la *bactérie septique* de la vessie, que les recherches de l'Ecole de Necker ont montré être un microbe pyogène, multiplié, les accidents de résorption et d'infection apparaissent ; les graves troubles gastriques de la cachexie urinaire éclatent ; la situation du malade

(1) Clado, *Bull. médical* 27 juillet 1887.
(2) Tuffier, Albarran, etc., février 1890.

Digitized by Google

devient désespérée. C'est donc pour le praticien une indication de redoubler de précautions au point de vue de l'asepsie de son catéthérisme, s'il est appelé à le pratiquer dans ces conditions.

III. **Du rein flottant.** — Le rein flottant est un rein n'occupant pas sa place normale, mais une situation autre dans la cavité abdominale. Ce rein déplacé est ordinairement mobile. Le rein peut être déplacé congénitalement ou consécutivement; congénital le déplacement n'occasionne pas d'accidents et la thérapeutique n'a pas à s'en préoccuper; consécutif, il en va souvent autrement.

Pourquoi le rein se déplace-t-il? Cette question si simple n'est pas élucidée et de nombreuses théories ont été émises pour l'expliquer. On a invoqué le traumatisme agissant par coup direct, ou par l'effort. Il est de fait que certains malades déclarent avoir senti tout à coup une sorte de *décrochement* au moment d'un effort. Chez quelques-uns, il semble que ce soient des traumatismes peu violents mais répétés qui aient produit le déplacement et l'abandon de la capsule adipeuse. C'est ainsi qu'on a invoqué les secousses de la voiture, la trépidation du chemin de fer, etc. Mais, il est à remarquer que c'est surtout le rein droit qui se déplace, et fréquemment les sujets atteints de rein flottant ont de la dilatation de l'estomac. On a admis alors que l'*entéroptose* était liée à un relâchement de tous les ligaments de l'abdomen, d'où la *néphroptose*. Une théorie plus ingénieuse a même été produite : la dilatation de l'estomac s'accompagne du séjour prolongé des aliments dans le réservoir gastrique, d'où fermentation et production abondante de ptomaïnes ; passage de ces poisons dans le foie, congestion de celui-ci, pression sur le rein et abaissement de cet organe.

Un fait capital dans cette étiologie du rein flottant c'est la fréquence du déplacement chez la femme ; 36 femmes sur 40 cas, dit M. Terrillon ; 82 femmes sur 96 cas, dit M. Ebstein. Cette influence du sexe avait frappé les auteurs qui ont invoqué la *congestion* de l'époque cataméniale se manifestant sur le foie, d'où abaissement du rein ; la *pression* transmise du corset, et surtout l'influence des *grossesses répétées*. Si nous nous en rapportions exclusivement aux cas que nous avons personnellement observés, c'est à cette dernière cause que nous donnerions la première place.

La constatation du déplacement du rein est d'ordinaire facile. On trouve dans l'abdomen une tumeur arrondie, élastique, résistante, ayant bien rarement toutefois la forme du rein. L'exploration attentive de la fosse lombaire montre qu'elle est vide. La tumeur observée est mobile; elle fuit souvent très facilement sous l'influence de la pression de bas en haut et va se loger dans sa place normale où la palpation fait reconnaître sa présence. Cette réductibilité du rein est parfois si grande que le décubitus dorsal suffit à la produire; dans d'autres cas au contraire elle est très difficile, ou même impossible.

En présence d'un rein flottant quelle doit être la conduite du chirurgien ? Elle varie avec les deux cas suivants : 1° le rein déplacé ne s'accompagne d'aucun, ou de faibles symptômes de douleur. Ces cas ne sont pas très rares. J'ai personnellement observé deux malades qui ignoraient absolument leur rein flottant. On peut même dire que ce sont les plus fréquents. Faut-il intervenir chirurgicalement alors? Non certes, et on mériterait l'anathème que M. Lafont jetait en 1880 à l'Académie aux opérateurs du rein mobile. On fait porter à la malade une ceinture abdominale spéciale qui maintient le rein réduit, et tout est dit ; mais il est des cas où le déplacement du rein s'accompagne de phénomènes douloureux tels que les sujets réclament un secours plus actif. M. le professeur Guyon, M. le docteur Segond et d'autres ont signalé de ces cas absolument douloureux, et parfois même atrocement douloureux. Ici le traitement palliatif n'est plus de mise, l'anathème contre l'intervention chirurgicale doit être repoussé.

Mais en quoi consistera cette intervention ? Faudra-t-il enlever le rein déplacé ? Simon (d'Heidelberg) ne proposa rien moins que cette ablation en 1869. Nous trouvons que cela est trop radical. Sans doute, on vit fort bien avec un seul rein, mais si celui-ci vient à être malade, on comprend aisément les conséquences graves qui en résulteront.

Je sais bien qu'on a fait valoir que ce rein déplacé était parfois malade, plus souvent malade même qu'un rein en bonne position. Et il se passe là ce qu'on observe pour le testicule en ectopie qui devient plus fréquemment malade, en particulier de cancer, que le testicule non ectopié. Mais il est bien fréquent aussi que le rein déplacé soit sain, et il importe de conserver au sujet cet organe d'un fonctionnement normal.

Or cette conservation est possible par une opération qui consiste, l'abdomen étant ouvert, à fixer le rein dans une bonne situation. C'est à cette opération de *néphrorrapie* que l'on devra avoir recours lorsque les douleurs obligeront à une intervention chirurgicale, et que l'examen permettra de penser que le rein déplacé est absolument sain.

Dr E. Potherat.
Prosecteur à la Faculté.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

THÉRAPEUTIQUE

Contribution à l'étude du sulfonal, par M. le Dr John Gordon. — Ce mémoire a pour objet de faire connaître les résultats d'observations cliniques relatives à l'action du sulfonal sur l'excrétion rénale, l'élimination de l'urée et des phosphates. De plus, l'auteur a étudié l'action que cet agent exerce sur le système nerveux de la grenouille privée de cerveau. (*The Brit. Med. Journal*, 29 mars 1890, p. 710).

En voici les principales conclusions : 1° le sulfonal diminue l'excitabilité de la moelle épinière et diminue la sensibilité périphérique.

2° A hautes doses, il ralentit les mouvements respiratoires, mais ne modifie pas la fréquence du pouls.

3° A la dose faible de vingt-cinq à cinquante centigrammes, il augmente l'excrétion de l'urée, diminue celle des phosphates, mais ne modifie pas la quantité relative des éléments liquides de l'urine.

4° Pendant ces expériences, on n'a constaté aucune éruption cutanée, aucune transpiration et aucune modification des fonctions de la peau.

Digitized by Google

5° Son action sur la température est nulle.

8° Occasionnellement, le sulfonal a provoqué des vomissements, mais jamais il n'a diminué sensiblement l'appétit. Accidentellement aussi, on a noté la production de diarrhée.

9° Ses effets hypnotiques ont été manifestés : il paraît donc recommandable contre l'agrypnie, pour procurer un sommeil calme et réparateur. Toutefois le réveil peut être suivi de confusion dans les idées, d'incoordination dans les mouvements des membres inférieurs et d'un état de dépression ; tous phénomènes d'ailleurs accidentels.

Ajoutons que M. Gordon l'a vu réussir dans un cas d'insomnie chez un alcoolique rebelle à tous les autres hypnotiques, et de plus, que son action est d'autant plus rapide, qu'on l'administre en poudre plus finement triturée. On peut alors le faire véhiculer et le dissimuler dans une infusion de thé, de café ou de bière, ce qui en facilite l'administration aux aliénés disposés à refuser tout remède.

Du solanum carolinense contre les convulsions, par M. le Dr J. Napier. — Ce sont les baies de ce végétal dont on se sert pour préparer une teinture à 20 pour cent, que l'on administre à la dose de dix à cinquante gouttes (*The therap. Gaz.*, 16 janvier 1890).

M. Napier a obtenu par ce médicament l'atténuation de convulsions épileptiformes chez une femme à laquelle il en administrait quotidiennement trois doses de vingt gouttes.

Mêmes effets dans un cas de convulsions eclamptiques de gravidité et de convulsions enfantiles. Ces résultats se réalisent quand on fait ingérer le médicament à doses croissantes jusqu'à production des effets physiologiques. S. R.

Du traitement de l'iodisme, par MM. les Drs Buchmann et Matachkowski. — D'après ces deux observateurs, les accidents iodiques ayant pour origine la mise en liberté de l'iode dans les tissus; on doit, pour combattre l'iodisme, alcaliniser les humeurs de l'organisme. Appuyés sur cette vue théorique, ils administrent donc systématiquement deux doses quotidiennes de 7 à 10 grammes de bicarbonate de soude. (*Therap. Monat.*, déc. 1889.)

Depuis 1887, ils font usage de cette médication avec un constant succès. Ajoutons d'ailleurs, et c'est là un fait d'observation, que ces iodures alcalins sont toujours mieux tolérés par les malades quand on les fait véhiculer par une eau minérale alcaline. S. R.

De l'action des inhalations d'oxygène sur l'élimination de l'azote, par M. Krafft. — En faisant inhaler quotidiennement une quantité d'oxygène de 35 à 300 litres, on a constaté que le chiffre de l'urée n'était pas accru et que l'élimination de l'acide urique ne diminuait pas. Cependant, il y a surtout accroissement de l'azote éliminée. Il faut donc admettre qu'il n'existe pas un rapport notable entre la quantité d'urée et celle d'acide urique. (*Central. f. klin. Med.*, 25 janvier 1890.)

Sous l'influence de l'oxygène, le poids du corps diminue, et ce phénomène différent de l'augmentation qui se produisait dans les expériences d'autres observateurs, résulte de la diminution de l'appétit. Au demeurant, les inhalations d'oxygène ne procurent pas des effets identiques chez tous les individus. S. R.

Du traitement de la diphtérie pharyngée par la glace, par M. Bleynie. — Notre confrère d'outre-Loire de Limoges préconise depuis longtemps cette médication et enregistre des succès au moyen de gargarismes, de boissons, d'injections et d'irrigations à l'eau froide ou avec la glace. (*Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne*, mars 1890.)

Comment expliquer ces succès ? Par l'action du froid sur le microbe diphtérogène : action comparable à celle que cet agent physique exerce sur le végétal du muguet, le bacille du furoncle, le microcoque de la pneumonie et sur d'autres microorganismes.

Il resterait à déterminer le degré du refroidissement nécessaire pour anéantir la vitalité du microbe. C'est une lacune que M. Bleynie constate ; mais en faisant remarquer aussi que cette médication de la diphtérie est un cas particulier de la question plus générale de l'antisepsie par le froid. S. R.

La teinture de naregamia, ses propriétés expectorantes, par M. Schœngut. — Cette préparation a été essayée par Drasche comme expectorant et comme émétique. (*Cent. f. die Ges. Therap.*, mars 1890.)

On la prescrit : à *dose expectorante*, à raison de 30 à 60 centigrammes par jour, et on peut la véhiculer avec l'eau de laurier-cerise dans une potion.

A *dose émétique*, on l'ordonne à raison de 1 à 2 grammes.

S. R.

REVUE DES THÈSES

Des amyotrophies dans les maladies générales chroniques par M. le Dr Maurice Klippel, ancien interne des hôpitaux. *Th. de Paris* 1889.

L'auteur, dans ce travail remarquable, fait une étude très complète des atrophies musculaires pouvant survenir dans le cours et du fait des maladies générales chroniques, comme la tuberculose. Pendant la période cachectique, elles sont généralement confondues avec l'amaigrissement; elles peuvent cependant affecter alors une marche aiguë, ou bien survenir, quoique plus rarement, à titre de phénomène précoce.

La répartition des lésions musculaires est en général diffuse : le système strié est frappé dans son entier. Certains groupes de muscles sont atteints plus fortement, surtout ceux de la cuisse, le diaphragme, aux jambes; souvent un côté est plus frappé que l'autre. L'intensité de la lésion est variable, mais peut être poussée très loin. Les muscles frappés sont diminués de volume; leur force est affaiblie, et les mouvements sont parfois accompagnés de tremblement. Ces muscles présentent une hyperexcitabilité mécanique très prononcée (myoedème); l'endroit le plus favorable à sa recherche est la face antéro-externe de l'avant-bras; la percussion fait naître de véritables boules ou intumescences, souvent plus appréciables par le toucher que par la vue ; une percussion légère peut produire le phénomène avec intensité. Cette réaction s'accompagne quelquefois de mouvements en rapport avec l'action du muscle exploré, et même de tremblement. Cette hyperexcitabilité musculaire mettra sur la voie d'une tuberculose au début ou d'un cancer latent, car elle peut apparaître avant la cachexie. Les réactions faradiques et galvaniques sont presque toujours diminuées.

A l'autopsie, les muscles sont diminués de volume et les fibres musculaires réduites quelquefois au sixième de leur volume normal; la striation peut être intacte, mais le plus souvent on trouve des fibres plus ou moins dégénérées avec multiplication des noyaux et augmentation du tissu conjonctif interfasciculaire. De plus, on trouve une névrite plus ou moins accentuée et des lésions dans les cornes antérieures de la moelle.

A quoi est due l'atrophie musculaire? L'auteur fait surtout intervenir une altération du sang, provenant soit de microbes, soit d'une autre cause : certaines substances toxiques ont en effet une affinité toute spéciale pour le système neuro-musculaire. Chez les malades en question, les reins sont plus ou moins altérés et il existe certains symptômes ressortissant d'intoxications.

Dr Courtade.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

DERMATOLOGIE

Traitement du zona.

I. **Traitement général.** — On a voulu tirer quelques conséquences pratiques des théories émises sur la pathogénie du zona. Certains auteurs conseillent d'ap-

Digitized by Google

pliquer dès le début un vésicatoire au point d'émergence du nerf dont le territoire est le siège de l'éruption: on met ensuite sur ce vésicatoire des préparations de morphine pour calmer les douleurs. Autrefois (Rayer) en préconisait les saignées générales ou locales (Epigastre, marge de l'anus), les purgatifs, les vomitifs. Aujourd'hui encore beaucoup de médecins pensent qu'un léger purgatif est indiqué au début de l'affection, lorsque la langue est chargée, et que le malade présente des signes d'embarras gastrique.

On a voulu tenter de modifier la marche de l'éruption par une médication interne. C'est ainsi qu'Ashburton Thompson et Duncan Bulkley ont administré le phosphure de zinc au début de la poussée: Duhring pense avoir obtenu de bons effets de cette préparation. Imbert Gourbeyre et Veiel prescrivent l'arsenic qui aurait pour résultat de faire disparaître rapidement l'éruption et les phénomènes douloureux.

Schoemaker a recommandé des pilules ainsi formulées :

Pyrophosphate de fer...	2 gram.
Acide arsénieux.....	6 centigr.
Sulfate de quinine.....	2 gram.

Pour 30 pilules. En prendre 3 par jour.

Jamieson emploie un mélange à parties égales de teinture de noix vomique et de teinture de gelsemium (de 20 à 40 gouttes par jour).

Quand il existe des crises périodiques de douleurs et de fièvre, il est tout à fait indiqué de donner le sulfate de quinine à hautes doses. Contre l'élément douloureux seul on prescrira l'acétanilide, l'antipyrine en potion et en injections sous-cutanées. On peut aussi combattre les névralgies et l'insomnie par l'hydrate de chloral, l'extrait thébaïque, les pilules de Méglin, l'aconitine, la belladone, le datura, les préparations de valériane, le bromure de potassium, le bromidia, le sulfonal, etc... etc... On est parfois obligé d'avoir recours aux injections de morphine à hautes doses, aux applications de chlorure de méthyle, et même aux injections d'éther, de chloroforme, d'acide phénique, etc...

On essayera de relever l'état général des gens débilités et affaiblis par des toniques de toute espèce. Aux personnes nerveuses et impressionnables on ordonnera le repos, le calme, les bains simples. Contre les névralgies rebelles qui persistent parfois si longtemps après l'éruption on prescrira les moyens que nous avons précédemment indiqués et de plus l'usage interne prolongé de l'arséniate de soude, les courants continus, les eaux de Néris, de Schlangenbad, de Ragatz, de Plombières, etc... en dernière analyse on agira chirurgicalement sur le nerf.

II. **Traitement local.** — On peut se contenter de saupoudrer les surfaces malades avec des poudres inertes, poudre d'amidon, de lycopode, de talc, de sous-nitrate de bismuth, etc... ou bien avec des poudres opiacées, par exemple :

Sulfate de morphine.....	1 gram.
Lycopode ou amidon....	320 gram.

ANDERSON.

On a essayé de faire avorter les vésicules, et pour cela on les a ouvertes, on en a cautérisé légèrement l'intérieur avec le crayon de nitrate d'argent : on a aussi badigeonné les surfaces atteintes avec une solution de nitrate d'argent. Monneret faisait dans le même but des applications d'emplâtre de Vigo; Méran a conseillé de badigeonner les plaques avec du collodion : cette dernière pratique est parfois efficace, mais elle peut être dangereuse. Il faut en effet avoir grand soin de ne mettre du collodion que sur des vésicules jeunes, car si l'on a le malheur de l'appliquer sur des vésicules adultes, au lieu de les faire avorter, on les fait creuser davantage, et l'on provoque des ulcérations profondes et des cicatrices indélébiles. A partir du quatrième ou du cinquième jour, il ne faut jamais se servir de ce procédé.

On a préconisé toute sorte de topiques contre le zoster, le perchlorure de fer (Mercier), l'acide phénique, le cérat saturné, la pommade belladonée, le liniment oléo-calcaire, un mélange de une partie de camphre pulvérisé, de cinq parties d'oxyde blanc de zinc et de soixante parties de poudre d'amidon, une pommade renfermant parties égales d'onguent rosat et d'onguent à l'oléate de mercure (Schœmaker), des badigeonnages à l'icthyol (Unna), une pâte renfermant du zinc et de la résorcine (Unna) : d'après le même auteur, quand les vésicules sont formées, on peut les empêcher de devenir purulentes en appliquant des pâtes au sulfure de zinc, ou des solutions alcooliques de sublimé, d'iodoforme, d'acide phénique, de résorcine.

M. le Dr E. Vidal emploie une pâte faite avec de l'amidon et du baume tranquille. On applique une première couche de baume, puis on saupoudre d'amidon; on laisse sécher; on applique une deuxième couche de baume, une nouvelle couche de poudre et ainsi de suite; on forme par ce procédé une sorte de croûte protectrice qui met l'éruption à l'abri des contacts irritants et calme les douleurs.

Lorsque celles-ci sont trop vives, on peut recourir à un liniment au chloral ou au chloroforme, aux pommades renfermant de l'opium, de la belladone, de la cocaïne, de l'extrait fluide de grindelia Robusta (Duhring), ou bien on fait des lotions avec une solution de 2 parties de menthol pour 100 d'alcool, etc...

Lorsque le zona se complique de gangrène cutanée et de suppuration abondante, il faut faire des pansements antiseptiques à l'acide borique, à l'acide phénique, à l'alcool, etc...

Hardy conseille, dans les cas qui se terminent par ulcération, d'appliquer d'abord des topiques émollients

Digitized by Google

et même des cataplasmes de riz ou de fécule; puis, lorsque les phénomènes inflammatoires ont disparu, de panser les ulcérations avec de l'oxyde de zinc ou du sous-nitrate de bismuth.

Voici la méthode de traitement local qui nous parait être la plus rationnelle dans les cas simples :

On ouvre avec soin toutes les vésicules dès qu'elles se sont formées, au moyen d'une fine aiguille flambée. On lave avec de l'eau boriquée légèrement alcoolisée, on recouvre soit avec de l'ouate antiseptique, soit avec une pâte à l'oxyde de zinc au dixième, renfermant un vingtième d'acide borique.

Par exemple :

Acide borique....	1 gramme.
Oxyde de zinc.... } Poudre d'amidon. }	àà 2 grammes.
Vaseline pure ...	6 grammes.
Lanoline.....	9 grammes.

M. s. a.

On poudre par-dessus avec de la poudre d'amidon, puis on met une couche épaisse d'ouate.

Si les douleurs sont trop vives, on incorpore à cette pâte du chlorhydrate de morphine ou du chlorhydrate de cocaïne.

On a ainsi un enduit adhérent, protecteur, aseptique, qui n'est pas occlusif et que l'on peut rendre sédatif pour les douleurs.

Dr Brocq,
Médecin des hôpitaux de Paris.

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

Cherbourg, 24 avril 1890.

Encore l'influenza

Je viens de constater, après un silence de deux mois, quelques cas posthumes d'influenza bien nette. Je n'en ai été que médiocrement surpris, par la raison que j'ai relevé, pendant cette période, une série d'états morbides protéiformes que j'ai appelés : « maladies étranges », et dont le syndrome hybride défiait une étiquette nosologique. Je n'en ai pas moins considéré ces manifestations comme des stigmates issues de l'influenza, car, dans leurs variétés, elles ont toujours présenté un double caractère commun : dissémination des localisations douloureuses et surtout dépression considérable des forces nullement en rapport avec la bénignité de la maladie.

Je profite de la circonstance pour relater brièvement la physionomie de l'épidémie d'influenza à Cherbourg, en vous signalant les formes les moins communes que j'ai observées.

Son apparition dans notre ville ne s'est pas effectuée par une sorte de tâtonnement. La malaria, passez-moi ce mot, s'est accentuée d'emblée par un caractère de généralisation affirmant sa nature épidémique. Sans doute, je connais des cas où l'influenza, dans sa marche, a offert un mode successif d'invasion qui a atteint, l'un après l'autre, les membres d'une même famille, et a éveillé aussitôt l'idée d'une propagation par contagion. Mais quelle portée ont ces constatations en face de sa dissémination simultanée dans tous les quartiers de la ville. Je ne nie pas que l'influenza soit contagieuse, mais avant tout elle est notoirement épidémique.

A mon sens, l'influenza n'est ni la grippe, ni la dengue atténuée ou non. Si elle a des ressemblances incontestables avec elles, ses dissemblances sont autrement accusées. Il est difficile de confondre avec la grippe une maladie où, dans l'immense majorité des cas, le patient ne présente aucun trouble du côté des voies respiratoires Qu'il eût surgi plusieurs fois des accidents broncho-pulmonaires, ce fait n'a rien de surprenant. Le fléchissement de la résistance organique, conséquence de l'attaque d'influenza, a ouvert la porte à toutes les aptitudes morbides, et la saison d'hiver, que nous traversions, a trouvé dans cette déchéance un auxiliaire puissant pour le développement des affections des voies respiratoires qui sont son cortège habituel à cette époque de l'année. Les complications de l'épidémie étaient inévitables, mais elles lui doivent certainement d'avoir revêtu un caractère de sévérité plus grave.

J'ai vu la dengue dans les contrées où elle règne communément, et je me refuse à la reconnaître. Une rougeur plus ou moins marquée du visage, au début, est insuffisante pour qualifier une fièvre exanthématique, et je n'ai rencontré qu'une seule fois une véritable éruption : c'était chez un homme de 40 ans, ancien marin affaibli, et la détermination cutanée a pris la forme nettement dessinée d'un semis pétéchial. Dans la dengue, à l'inverse, l'éruption est constante, pathognomonique, et ce n'est pas par les exceptions qu'on constitue les entités morbides. Les manifestations douloureuses de la sensibilité n'ont également, avec la dengue, qu'une apparence de similitude. Beaucoup plus diversifiées dans l'influenza que dans la dengue, elles siègent conjointement dans ces deux affections sur les articulations, mais, dans l'influenza, on note plus particulièrement une céphalalgie frontale bi ou unilatérale, des douleurs térébrantes dans les yeux, un violent lumbago, des crises gastralgiques et entéralgiques, sans préjudice d'une foule d'autres expansions douloureuses un peu partout. D'où, impossibilité d'attribuer aux deux maladies une identité et une pathogénie commune.

L'influenza m'apparaît comme une maladie *sui generis*, déterminée par une constitution atmosphérique spéciale dont l'agent provocateur échappe encore à nos investigations, mais qui se révèle par l'excessive rapidité de l'universalité de son expansion. Organiquement parlant, je la considère comme une intoxication dont l'action s'exerce primitivement sur les centres nerveux.

J'ajoute que le caractère prédominant de l'affection épidémique a été l'*asthénie du système nerveux*, la prostration considérable des forces, même dans les cas où le peu d'intensité de la fièvre et les localisations douloureuses amenait un contraste frappant entre les conséquences et la bénignité apparente de l'attaque.

En dehors d complications broncho-pulmonaires

Digitized by Google

dont l'étiologie est complexe, puisqu'elles appartiennent à la fois à l'influenza et à l'intervention saisonnière, je signale comme très intéressante la forme syncopale, effrayante pour le patient.

J'ai aussi noté, chez des enfants au-dessous de dix ans, un complexus de désordres nerveux, convulsions, hallucinations, coma délirant qui témoignent, une fois de plus, de l'impression profonde subie par les centres nerveux.

Dr E. de la Barcerie,
Médecin en chef de la Marine en retraite.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MÉDECINE

I. **Traitement antiseptique de l'amygdalite.** — Maintenant l'amygdalite est considérée comme une maladie infectieuse; il y a lieu d'en pratiquer le traitement antiseptique.

Il s'agit de l'antisepsie buccale. Comment la réaliser? Par des gargarismes et des collutoires :

1° On préférera donc les gargarismes antiseptiques et on pourra prescrire les suivants :

Borate ou benzoate de soude. . .	10 grammes
Eau chaude	200 —
Faire dissoudre et ajouter :	
Teinture de myrrhe	5 —
Sirop de mûres	30 —

Ou bien :

Résorcine	1 gramme
Eau distillée	200 —
Sirop de mûres	30 —

2° Badigeonner les amygdales avec le collutoire glycophénique camphré, dont M. Douchez a donné une formule :

Glycérine	20 grammes
Camphre	1 —
Acide phénique	1 —

II. **Une formule de looch purgatif.** — Dans cette préparation, on remplace en partie l'huile d'amandes douces du looch classique par l'huile de ricin. On formule donc ainsi :

Huile de ricin.	30 grammes
Eau distillée	100 —
Eau distillée de laurier-cerise. .	3 —

A prendre en deux fois de quart d'heure en quart d'heure.

Ch. Eloy.

REVUE DES CONGRÈS

Le dix-neuvième Congrès de la Société allemande de chirurgie

I. *Chloroforme ou éther? Du choix d'un anesthésique.* — II. *De l'anesthésie par le bromure d'éthyle.* — III. *Traitement des abcès froids et des tumeurs blanches par les injections iodoformées.* — IV. *Restauration des pertes de tissus par des substances antiseptiques résorbables.* — V. *Cure radicale des hernies par le disque osseux aseptique.*

Ce congrès s'est terminé le 12 avril. Il avait été ouvert le 9, sous la présidence de Von Bergmann. Voici, parmi les communications qui y ont été lues, celles qui intéressent la clinique et la thérapeutique; ce sont les seules que je retiens.

I. **Chloroforme ou éther? Du choix d'un anesthésique.** — L'éther a des partisans ; ils sont peu nombreux. MM. Stelzner (de Dresde), Bruns (de Tubingen), et Zielewicz (de Posen) ont d'ailleurs mollement fait valoir ses qualités.

Par contre M. Von Bergmann (de Berlin) et surtout M. Kappeler (de Munsterlingen) ont défendu vigoureusement les avantages du chloroforme. A ceux qui redoutent ses accidents, il était sage de répondre que l'éther en provoque également : un mort sur douze cents anesthésiés en Amérique ; un décès sur quatre cents anesthésiés en Angleterre. Donc l'innocuité de cet agent n'est pas absolue ; il ne faut plus invoquer cet argument pour condamner le chloroforme.

D'ailleurs, les dangers réels de ce dernier peuvent être évités par l'emploi de la méthode d'anesthésie par les mélanges d'air et de chloroforme et par l'emploi d'appareils permettant leur dosage. Kronecker après Bert a établi que la dose anesthésique de chloroforme est moitié moindre que la dose toxique et on sait par expérience que le meilleur mélange contient huit grammes de chloroforme par cent litres d'air.

Quel est le meilleur appareil ? M. Kappeler n'emploie plus, ni le masque d'Esmarch, ni l'appareil de Juncker ; il a donc modifié ce dernier en évitant de faire descendre jusqu'au fond du récipient, le tube conducteur de l'air; il le maintient à un millimètre au-dessus du liquide anesthésique et au lieu de barboter, à travers ce dernier, le courant d'air entraîne les vapeurs que la surface dégage. En réglant la distance entre l'orifice de l'extrémité du tube et cette surface, on fait varier le dégré de concentration des mélanges d'air et de chloroforme dans le rapport de quatre à quatorze grammes par cent litres d'air.

C'est donc là un appareil à anesthésie graduée dans lequel on introduit cinquante centimètres cubes de chloroforme pour les hommes et quarante-cinq pour les femmes. On règle le débit à trente coups de piston à la minute.

Par ce procédé, l'anesthésie a été obtenue en huit ou neuf minutes dans une série de cent cinquante narcoses. L'excitation était faible et dix fois seulement, il y eut des vomissements.

La consommation moyenne de chloroforme a été de vingt grammes par narcose, chiffre bien inférieur à celui de sa consommation avec les appareils de Junker et d'Esmarch.

On sait que les accidents de la chloroformisation ont habituellement pour origine l'absorption de vapeurs trop concentrées ou l'inhalation d'une quantité excessive de chloroforme. En conséquence, d'après la conclusion de M. Kappeler, la meilleure méthode d'anesthésie sera celle qui préviendra le mieux ce danger.

II. **De l'anesthésie par le bromure d'éthyle.** — Cet agent est-il, comme on l'a proposé un succédané du chloroforme? M. Thiem (de Kottbus) a voulu expérimentalement vérifier cette assertion. A la dose de dix à quinze grammes, il produit en quinze minutes une sorte d'*hyp-*

Digitized by Google

nose mais non la narcose, état pendant lequel on peut pratiquer des petites opérations. Il a tout au plus atténué la sensibilité de la douleur sans diminuer la sensibilité au contact.

A la dose de soixante à quatre-vingt centimètres cubes on obtient la narcose, c'est-à-dire l'anesthésie complète. Une période d'excitation la précède ; on constate la destruction des globules rouges, des vomissements, l'accélération du pouls et de la respiration. Autrement l'emploi du bromure d'éthyle comme anesthésique doit être condamné.

III. **Du traitement des abcès froids et des tumeurs blanches par les injections iodoformées.** — Cette médication consiste dans l'emploi d'une émulsion d'iodoforme dans l'huile d'olives ou la glycérine, on peut la formuler ainsi :

Indoforme.	1 à 2 parties
Huile d'olives ou glycérine.	9 à 18 parties

MM. Bruns, Krause (de Halle), Trendelenburg (de Bonn) Eiselsberg (de Vienne) font usage de cette substance. Voici les statistiques du premier de ces observateurs :

Abcès froids : guérisons quatre-vingts cas sur cent : durée du traitement : quatre à cinq mois ; l'amélioration commence entre la sixième ou la huitième semaine ; la guérison est durable.

Tumeurs blanches : quarante cas traités avec succès. On injectait quatre à six centimètres cubes de l'émulsion dans les fongosités tous les septenaires au maximum toutes les quatre semaines au minimum. Dans les cas les moins heureux on obtint une amélioration. Krause a obtenu des succès plus nombreux à la main et au genou qu'à la hanche et au cou de pied. Ces résultats diffèrent peu de ceux que M. Trendelenburg annonce. Sur cent trente-cinq cas de tumeurs blanches des diverses articulations, les résultats les plus favorables ont été obtenus sur l'articulation de la main et les moins heureux contre la coxalgie.

IV. **Restauration des pertes de tissus par des substances aseptiques résorbables.** — Cette communication offrait un intérêt de curiosité. M. Gluck (de Berlin restaure, dit il, les tendons et les os, en interposant entre leurs solutions de continuité des substances animales résorbables.

Pour les tendons il emploie des fils fins et aseptiques de catgut et modifie la technique opératoire suivant qu'il s'agit d'une perte de substance dans la continuité du tendon ou de la destruction de son extrémité d'insertion. Quelle que soit l'origine de la perte de substance, il met à nu le tendon intéressé, libère ses extrémités, si elles sont adhérentes, les suture à distance avec une tresse de catgut et ferme la plaie.

Y-a-t'il destruction de l'extrémité périphérique du tendon après un panaris, par exemple? D'une part, on fixe le catgut au tendon ; de l'autre on l'attache à une cheville d'ivoire implantée dans le corps de la phalange unguéale et on ferme la plaie.

S'agit-il de pertes de substance osseuse? On rétablit la continuité de l os au moyen de morceaux d'ivoire stérilisée que l'on fixe ensuite dans le canal médullaire.

Les tampons aseptiques sont encore un moyen d'hémostase. M. Gluck les prépare par l'enroulement de fils de catgut autour d'un crayon d'ivoire et les introduit dans la cavité de la plaie à l'instar d'un tampon de gaze iodoformée.

V. **Cure radicale des hernies par le disque osseux aseptique.** — C'est encore une application des mêmes principes que M. Trendelenburg a réalisé dans une opération de hernie scrotale. Après avoir opéré selon le procédé classique, ce chirurgien a fermé l'anneau herniaire en fixant par des points de suture, un disque aplati d'os décalcifié et stérilisé. L'opération a été heureuse ; néanmoins, M. Trendelenburg, se demande si, appliquées à la cure des hernies inguinales, ces lamelles ne comprimeraient point par leur bord le cordon spermatique? C'est un danger à redouter.

Ces communications permettent de juger les tendances de la chirurgie allemande en 1890. Beaucoup d'audace, et des essais expérimentaux sur l'homme; des succès parfois ; l'humanité n'a-t-elle point souvent à en souffrir? K. N. R.

Le neuvième Congrès de médecine interne

I. *Traitement de l'empyème.* — II. *Traitement des néphrites chroniques.* — III. *L'influenza.* — IV. *Des ostéites typhoïdiques.* — V. *De la nature du pemphygus.* — VI. *Communications diverses : organisation du prochain congrès.*

Ouvert à Vienne le 15 août, fermé le 18, et présidé par M. Nothnagel, avec l assistance de M. Billroth, ce congrès était trois fois allemand : par ses membres, par sa langue qu'on y parlait et par les opinions qu'on y professait.

Suivant l'usage, trois questions étaient désignées à l'avance et faisaient l'objet des rapports : le *traitement de l'empyème*, le *traitement des néphrites chroniques ; l'influenza.* Quelques autres communications, peu nombreuses, intéressaient aussi les praticiens.

I. **Traitement de l'empyème.** — En 1866, au Congrès de Wiesbaden, et sous la rubrique de traitement opératoire des épanchements pleuraux on discutait déja cette question.

On s'était entendu pour formuler ainsi les indications thérapeutiques de cette médication : 1° évacuer le pus ; 2° prévenir sa reproduction ; 3° favoriser le rétablissement des fonctions respiratoires.

Cette année, la question était rapportée par MM. Immermann (de Bâle), et Schedle (de Hambourg) qui l'un et l'autre défendaient des opinions différentes.

Un premier point à discuter ; le voici : *Quand faut-il évacuer le pus?* Dans tous les cas ? Non ; cette évacuation n'est utile que si le pus contient le bacille pyogène ou celui de Koch. Elle est superflue, de l'avis de M. Immermann, dans l'empyème métapneumonique où il existe seulement des pneumocoques. Une ponction exploratrice et l'examen bactériologique de ce liquide précéderont donc toute opération.

Comment faut-il intervenir ? *Par les médications internes?* A quoi bon ? Elles sont impuissantes.

Digitized by Google

Par la ponction simple ou répétée? Elle réussit seulement dans les pleurésies métapneumoniques; or ces pleurésies sont l'exception.

Par la ponction avec irrigation antiseptique? Les résultats en sont partiels, et, malgré les succès de Baetz et de Cashimura, on ne saurait adopter une méthode impuissante a détruit tous les microbes.

Préférera-t-on la *perrigation pleurale* de Michael? On l'opère au moyen de deux canules à robinets, introduites dans deux points opposés de la plèvre. On pratique chaque jour le lavage antiseptique de la cavité pleurale, et on obtient parfois des guérisons rapides.

La *méthode radicale* par une fistule restant béante jusqu'à l'asséchement de la plèvre possède de plus nombreux partisans. Elle date des Asclépiades et d'Hippocrate et antiseptiquement employée, permet d'abaisser la léthalité par pleurésie purulente de 80 à 20 pour cent.

Le procédé de Kœnig a donné des résultats meilleurs encore. Il consiste à ouvrir latéralement le thorax en avant et en arrière, à pratiquer la résection sous-périostée d'un segment costal, le nettoyage de la plèvre, le drainage et des lavages antiseptiques.

Kuester remplace ces lavages par le temponnement pleural avec la gaze iodoformée. Ce pansement qui convient aux empyèmes nettement circonscrits, a procuré 70 guérisons sur cent cas.

Les inconvénients de la méthode radicale sont connus : adhérences pleurales, rétraction thoracique, perte de substance osseuse, déformation du thorax. Cette méthode ne satisfait donc pas à la troisième indication formulée par le Congrès de Wiesbaden.

Le *drainage permanent avec aspiration*. Bulau le pratique avec le siphon de caoutchouc, gros tube fixé, d'une part, au drain thoracique et plongeant d'autre part, dans un vase contenant un liquide antiseptique. Ce siphon draine le pus à mesure qu'il se produit.

En l'absence d'adhérences pulmonaires, la pression intra-thoracique devient alors ou reste négative comme à l'état normal, par le fait même de l'aspiration. Si des adhérences pulmonaires existent, on augmente l'effet du siphon par l'aspiration, ce qui permet d'éviter l'obstruction du tube par les caillots sanguins ou les grumeaux purulents.

Cette méthode procure des succès dans les empyèmes récents. Elle échoue contre le pyo-pneumothorax, dans la phtisie avancée, et quand le poumon a perdu son expansibilité. Les statistiques des cliniques de Gratz, Berlin, Bâle et Hambourg mentionnent, dans une série de 57 opérations, 49 succès, 3 décès, 15 interventions complémentaires.

M. Schede n'est point aussi convaincu de la supériorité de la méthode de Bulau, qui est impossible chez les enfants et les malades indociles. En outre, la canule s'obstrue; autre inconvénient.

Tout au plus est-elle utile dans l'empyème bilatéral? En principe, c'est une méthode idéale; en fait, elle n'est point parfaite. M. Schede recommande donc le traitement par l'incision en bas et en arrière de la ligne axillaire et la résection des huitième, neuvième et dixième côtes.

En opérant de bonne heure, on évite, dit-il, des déformations thoraciques. Plus tard, à la période des adhérences, on préférera l'opération d'Estlander pour favoriser l'accollement des parois de l'abcès. Enfin, contre le pyo-pneumothorax total, M. Schede a pratiqué dix fois la *résection de la plèvre et de la paroi thoracique* par la méthode dont voici le manuel préparatoire :

1° Incision à concavité supérieure allant du bord antérieur du grand pectoral vers le creux axillaire sur la limite inférieure de la cavité pleurale jusqu'à la colonne vertébrale, en détachant un lambeau contenant l'omoplate;

2° Résection des côtes depuis leur cartilage jusqu'à leur tubercule postérieur; ligature des artères intercostales une à une; mise à nu de la plèvre et résection de ses parties épaissies;

3° Recouvrir la plaie opératoire avec le lambeau cutané et le muscle sus scapulaire;

4° Pansement iodoformé; réunion en partie par première intention et en partie par granulations.

Sur dix opérés, sept guérirent, avec une déformation thoracique, cela s'entend; deux furent perdus de vue, et un autre succomba par intoxication iodoformique.

Et maintenant notons les opinions émises par les congressistes. Curschsmann opère dès le début et préfère la méthode de Bulau. Cet avis est partagé par Fraentzel, Leyden et Eisenlohr. La pleurotomie a pour partisans Ewald et Korany; mais tous avec cette restriction formulée par Leyden et assez banale, que la méthode de Bulau convient aux cas légers et aux malades affaiblis et que la pleurotomie, par ses résultats plus parfaits, permet d'éviter des opérations complémentaires.

En résumé, malgré son ampleur, le débat n'a donc pas abouti à des conclusions inédites. Une commission a été nommée pour réunir des documents sur la question. Elle est composée de MM. Leyden, Nothnagel, Curschmann et Ziemssen.

II. **Traitement des néphrites chroniques.** — Faut-il demander cette originalité aux rapports de MM. Senator et Ziemssen? Des deux formes de la néphrite chronique avec albuminurie : le *gros rein blanc* et le *petit rein granuleux*, chacune, d'après M. Senator, réclame un traitement différent. Contre la *néphrite parenchymateuse* que n'a t-on pas essayé? Les antiphlogistiques? Ils sont inutiles. Les astringents, l'arsenic, l'acide borique et le fer? Ils sont impuissants. Il faut insister sur la *thérapeutique d'épargne*. On soulagera donc le travail sécrétoire du rein en favorisant l'activité des autres émonctoires: peau, poumon, intestin. C'est ainsi que les bains tièdes sont utiles en augmentant la perspiration cutanée.

L'alimentation est nécessaire, pas de diète : régime lacté avec ou sans addition de feculents; viandes blanches; au besoin, graisses assimilables, comme la lipanine et l'huile de foie de morue.

Deuxième indication : provoquer une sorte de *lessivage des organes parenchymateux*. Le lait remplit ce but. L'alcool à petites doses peut aussi être utile. En raison de ses matières extractives la bière est nuisible.

Digitized by Google

Troisième indication : *cure de repos;* fuir la fatigue, exercice modéré, et, dans les cas graves, séjour au lit.

Quatrième indication : *provocation de la diurèse.* Préférer les diurétiques cardiaques, comme l'adonis et le strophantus, aux diurétiques qui irritent l'épithélium rénal. Dans ce but aussi, usage des eaux minérales, des hydrocarbures, et, au besoin, onctions de lanoline à la manière de Unna.

M. Ziémssen s'élève aussi contre les dangers de la polypharmacie et des traitements médicamenteux destinés, dans l'esprit de leurs inventeurs, à combattre l'albuminurie. Il relate les insuccès de l'iodure de potassium, du tanin, de l'acétate de plomb et de la fuchsine. Il préfère — c'est un peu l'avis de tout le monde — agir sur la peau par des bains d'air chaud ou de vapeur; contre l'hypotension vasculaire par la digitale, les alcalins, la scille et la théobromine; sur l'intestin, par les drastiques, crème de tartre, gomme gutte, et contre l'anasarque au moyen du drainage par les canules capillaires plutôt qu'à l'aide des scarifications.

O. Klemperer, Lenhartz, Mosler et Winternitz adoptent ces mêmes principes thérapeutiques. Ewald réclame cependant en faveur de l'iodure de potassium, et Pibram en faveur du tanin contre les poussées aiguës du cours de la néphrite chronique.

Finalement, l'opinion classique l'a emporté. Il fallait s'y attendre.

Les *indications thérapeutiques de la néphrite interstitielle* consistent, de l'avis de Senator et de Ziemssen : 1° à modifier l'état général, goutte et syphilis ; 2° à combattre l'hypertension artérielle et l'hypertrophie du cœur.

A propos de l'indication diathésique, inutile d'insister. Pour satisfaire à l'indication cardio-vasculaire, Senator conseille les iodures alcalins comme artério-dépresseurs; Ziemssen emploie volontiers la phlébotomie pour diminuer l'encombrement vasculaire. L'hypertension artérielle, voilà le danger. Sur ce point, les deux rapporteurs du Congrès allemand confirment, sans toutefois les désigner, les travaux récents de nos compatriotes.

III. — **De la nature de l'influenza.** — La dernière épidémie a modifié les idées classiques sur cette affection. C'est là ce que Baumler (de Fribourg) s'efforce de prouver.

Il existe une influenza sans catarrhe. Ce fait ne permet plus de classer cette maladie dans la catégorie des affections autrefois appelées humorales. C'est une maladie infectieuse et contagieuse.

La *contagion* est établie par les faits d'importation de grippe dans les villages isolés, les cloîtres, les prisons et sur les navires, par des personnes venant du dehors et par la marche de la dernière épidémie et la rapidité de son extension en rapport direct avec les moyens de transport contemporains.

Son *incubation* dure vingt quatre heures environ. Ses relations avec les épizooties n'ont pas été confirmées suffisamment. On a constaté l'influenza sur les chiens; on ne l'a pas constatée nettement sur les chevaux. Mêmes incertitudes sur son agent infectieux. S'agit-il d'un microbe nouveau? Est ce une variété de l'affection pneumonique?

Les symptômes sont ceux d'une maladie infectieuse : faiblesse générale, fièvre, coloration subictérique des téguments et des urines, diminution de l'hémoglobine dans le sang, augmentation du volume de la rate, tendance aux hémorrhagies, etc., etc.

Les inflammations du rein, des oreilles et des organes respiratoires sont dues à des pneumocoques, des staphylocoques ou des striptocoques. Rien n'autorise donc à les attribuer à un agent spécifique. Il en est de même de la mortalité des tuberculeux, des diabétiques et des alcooliques. Elle résulte plutôt des complications pulmonaires.

Quant aux phénomènes nerveux et aux myocardites, on en soupçonnera l'origine dans l'action des toxines sur les nerfs et le myocarde.

Comme corollaire, il resterait à déterminer la prophylaxie de l'influenza. Ici, une seule conclusion s'impose : l'utilité et la nécessité de l'isolement. M. Baumler l'adopte. Qui donc ne l'adopterait point?

IV. — **Des ostéites typhoïdiques.** — Sous la rubrique d'*inflammations osseuses d'origine typhique*, M. Furbringer étudie la périostite et l'ostéomyélite de la fièvre typhoïde. Il les caractérise ainsi.

On les rencontre rarement (3,04 pour 1,000). Elles sont multiples, s'accompagnent de fièvre, ont tantôt la forme d'une ostéite, tantôt celle d'une périostite, et se manifestent aussi bien dans le cours de la maladie que durant la convalescence.

M. Furbringer insiste sur le caractère nocturne des douleurs et la rareté de la suppuration. Quant au traitement, il consiste avant tout dans l'expectation et l'immobilisation. Rien de bien nouveau dans cette communication

V. — **Nature du pemphygus.** — La nature névropathique de cette affection paraît démontrée par quatre observations de Babes (sclérose des cordons de Goll, sclérose des racines postérieures, névrite périphérique). M. Mosler en a cherché la preuve indirecte en démontrant que cette affection n'est point parasitaire. Dans ce but, il a pratiqué des ensemencements avec le liquide des bulles. Les cultures ont été fertiles en coccus; mais ces coccus, dit-il, venaient vraisemblablement du dehors. L'inoculation du singe a été également négative. Il voit dans ces faits une preuve *a posteriori* en faveur de son opinion. Au reste, M. Kaposi admet aussi l'origine névropathique du pemphygus, mais avec cette restriction que le pemphygus revêt diverses formes, et que chacune de ces formes est peut-être d'origine différente.

Le pemphygus solitarius serait d'origine trophonévrotique, mais le pemphygus hemorrhagicus a des allures infectieuses. M. Kaposi en signale la mortalité élevée, et sans pouvoir en démontrer formellement la nature bactérienne, il soupçonne l'infection de jouer un rôle dans cette haute mortalité.

M. Neumann (de Vienne) partage cet avis. Il considère le pemphygus aigu comme une maladie infectieuse. Puis — opinion de conciliation — M. Purjecz (de Klau-

Digitized by Google

sonbourg) se demande si la différence étiologique entre le pemphygus aigu et le pemphygus chronique ne serait point analogue à celle qui sépare la tuberculose aiguë de la tuberculose chronique. En résumé, cette discussion ne pouvait aboutir à une conclusion ferme.

VI. — Parmi les communications diverses, je signalerai celles de MM. Striker sur son **microscope électrique** et les démonstrations avec l'**épiscope électrique** de Reiner, appareil qui permet la projection des objets devant les yeux de nombreux spectateurs.

Désormais le congrès de médecine interne se réunira à Wiesbaden, en 1891 et ensuite à Berlin, Munich, Leipzig et Vienne.

Au programme des congrès de l'année 1891, figureront les questions suivantes : *Prophylaxie de la tuberculose. — Traitement de la périty phlite. — Diagnostic des maladies de l'estomac. — De la pression intra-cérébrale et de son traitement.*

K. M.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES
DES DÉPARTEMENTS

Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux (10 mars 1890) : I. *Des injections interstitielles iodoformées contre les fongosités articulaires.* — **Société de médecine de la Haute-Vienne** (février 1890) : II. *Traitement de l'hydrocèle vaginale par incision et résection.* — **Société de médecine du Nord** : III. *Des indications opératoires des calculs vésicaux.*

I. **Des injections interstitielles iodoformées contre les fongosités articulaires.** — La médication moderne des tuberculoses locales doit être chirurgicale ou bien spécifique, c'est-à-dire avoir pour objet d'éteindre la virulence. M. L. Mesnard (de Bordeaux) vient d'en donner la preuve en traitant avec succès une tumeur blanche du genou par l'emploi combiné de l'ignipuncture, selon la méthode de M. Richet, et des injections iodoformées selon celle de M. Verneuil (1).

Le diagnostic n'était point douteux, il existait un abcès froid du tiers supérieur de la face antérieure du tibia. M. Mesnard l'ouvrit et en saupoudra la cavité avec l'iodoforme finement pulvérisé. Les fongosités furent profondément cautérisées avec des pointes de feu pendant le sommeil chloroformique, l'orifice saupoudré d'iodoforme et le membre immobilisé dans un appareil dix-sept jours durant. On renouvela une seconde fois le pansement et on attendit quinze jours.

Pour compléter ce traitement, on résolut de pratiquer des injections interstitielles iodoformées. Voici la technique fort opportunément suivie par notre distingué confrère bordelais :

1° Injections dans l'épaisseur de la synoviale fongueuse, à raison de quatre ou cinq seringues de Pravaz, d'une solution éthero-iodoformée ainsi formulée :

Iodoforme.....	1 gr. 50 cent.
Ether sulfurique.....	10 » ;

2° Pansement avec la poudre d'iodoforme sur toute la région ;

3° Chloroformisation du malade durant toute cette opération. Après elle, immobilisation du membre.

On répéta la même opération trois semaines après, mais pour éviter toute douleur, on employa une solution éthero-iodoformée et cocaïnée :

Iodoforme.....	1 gr. 50 cent.
Cocaïne.....	1 »
Ether.....	20 »

Peu de douleurs, amélioration considérable de l'état général. Au reste, on avait simultanément administré le traitement interne : huile de foie de morue, quinquina, fer.

Quelque temps après : nouvelles injections iodoformées complémentaires dans un point où il existe de l'empâtement. Le malade peut marcher sans fatigue, avec aisance, sans avoir éprouvé durant le traitement aucune complication locale.

La simplicité de la technique adoptée par M. Mesnard, engagera, sans nul doute, les praticiens à en faire usage dans des cas semblables. Elle méritait donc d'être signalée ; elle mérite aussi d'être retenue.

II. **Traitement de l'hydrocèle vaginale par incision et résection.** — Faut-il préférer cette médication à la ponction suivie d'injection iodée ? M. Chenieux reconnaît les avantages de cette dernière chez les enfants ; par contre, il redoute la teinture d'iode contre l'hydrocèle de l'adulte, dont l'origine remonte à une communication congénitale de la vaginale, quant la tunique est très épaisse et lorsque l'on doit redouter des accidents ou des complications.

D'ailleurs, M. Chenieux motive son avis sur des faits cliniques, au nombre de sept. Il n'avance donc rien qu'il ne le prouve. C'est d'une prudente sagesse. De ses opérés au nombre de sept, deux avaient dix-neuf ans, un quarante ans, deux cinquante ans, et deux soixante-quatre et soixante-cinq ans. Ce furent sept succès.

Voici la technique opératoire de notre savant confrère :

1° Incision rapide de toutes les couches ;

2° Evacuation du liquide de l'hydrocèle et lavage de la partie avec de la solution de sublimé ;

3° Excision partielle de la tunique vaginale ; suture perdue de cette membrane avec le catgut ;

4° Suture superficielle à la soie ; point de drainage et pansements avec l'iodoforme.

On enlève les fils vers le quatrième et le cinquième jour, et le lendemain le malade guéri peut quitter l'hôpital. On le voit la méthode est rapide et sans danger : *tuto et cito* ; on pourrait ajouter peut être *jucunde* quand on emploie la cocaïne ; la douleur est moins vive que dans le procédé par ponction et injection iodée.

III. **Des indications opératoires des calculs vésicaux.** — Le point de vue auquel notre savant confrère lillois M. Folet se place, est celui d'un adulte porteur de calculs vésicaux remontant à l'enfance. Ces calculs sont durs, résistent au lithotriteur et même au broiement avec le marteau percuteur ; donc, impossibilité de la lithotritie. Il faut employer la taille.

C'est la cystotomie sus-pubienne que M. Folet préfère à toutes les autres méthodes, en raison de sa bénignité relative quand on opère sous l'antisepsie.

Il recommande donc, avis judicieux, de songer à la constitution habituelle des calculs vésicaux des adultes quand les pierres datent de l'enfance, et lorsqu'en raison de l'intégrité des voies urinaires et de la tolérance de la vessie, on se déciderait volontiers à pratiquer la lithotritie. Or, une écorce tendre peut envelopper un noyau très dur et mettre le chirurgien dans l'impossibilité d'opérer le broiement et de faire la taille hypogastrique. C'est une éventualité toujours à prévoir et à indiquer au malade ou à son entourage.

S. R.

(1) Au Congrès des chirurgiens allemands de cette année, on vient aussi de constater l'utilité de ce traitement. (Voir *Revue des Congrès*, p. 285 de ce numéro). — (N. D. L. R.)

Digitized by Google

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 24 mars 1890
Présidence de M. le Dr MICHEL-DANSAC

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A ce propos, M. Julliard dit avoir essayé l'ammoniaque dans le sens indiqué précédemment par M. Michel-Dansac et le résultat est satisfaisant.

La correspondance manuscrite comprend : 1° une lettre de candidature de M. Deseille (de Boulogne-s.-Mer) avec un travail sur la *Médication salicylée dans le rhumatisme chez les enfants*; 2° une circulaire de M. Leroy de Mericourt, relative au Congrès des Sociétés savantes pour l'année 1890 et à l'envoi d'une délégation à ce Congrès. MM. Duché et Paul Blocq sont délégués par la Société médico-pratique au Congrès des Sociétés savantes.

La correspondance imprimée comprend : 1° la *Gazette de Gynécologie*; 2° les *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*; 3° le *Poitou médical*.

M. Mérigot de Treigny lit un rapport sur la candidature de M. Maurice Bloch au titre de membre associé. M. Mérigot de Treigny conclut à l'admission de M. le Dr Bloch, M. le Dr Paul Blocq, rapporteur moral, conclut également à l'admission.

M. le Secrétaire lit un travail de M. ZERNOFF, professeur de l'Université de Moscou, sur l'**Encéphalomètre**, *appareil servant à désigner la position des parties du cerveau chez l'homme* sera publié).

M. POTHERAT. — Pour juger de la valeur pratique de l'appareil de M. Zernoff, il faudrait plus que la description, très intéressante et cependant très détaillée, qu'il nous en fournit; il faudrait avoir l'appareil en main et l'expérimenter sur le cadavre. Ce que je puis dire, c'est que cet appareil repose sur des mensurations offrant beaucoup plus de précision que les mensurations de Broca Celles-ci induisent souvent en erreur, et nous avons vu une couronne de trépan, faite après mensuration par des gens très compétents, destinée à atteindre le sommet du sillon de Rolando, tomber en plein lobule pariétal supérieur. Au contraire, nous avons vu les nombreuses trépanations faites par le chef des travaux anatomiques, et appuyées sur des mensurations analogues à celles qui ont servi de base à M. Zernoff, offrir une précision remarquablement plus grande, parce que les points de repère sont plus précis, plus faciles à relever. C'est ainsi que, pour avoir les deux extrémités de Rolando, on procède de la façon suivante : 1° on cherche l'inion , et l'angle naso-frontal; 2° on mesure la distance séparant les deux points; 3° on prend la moitié de cette distance que l'on reporte à partir du sillon naso-frontal, en y ajoutant 1 cent. 1/2 à 2 centimèt. On trépane en ce point et on tombe à l'extrémité supérieure du sillon de Rolando. En second lieu, on explore le bord supérieur de l'arcade zygomatique, et par la fossette qui est au-devant du tragus on élève une perpendiculaire à ce bord supérieur. On prend sur cette perpendiculaire 7 cent. au-dessus de l'arcade et on a l'extrémité inférieure du sillon de Rolando. A l'aide de mensurations aussi simples, on arrive à préciser exactement la scissure de Sylvius, le pli courbe, l'artère méningée moyenne, etc... Mais je n'insiste pas, ces recherches cadavériques seront incessamment publiées. Qu'il me suffise de dire que l'appareil de M. Zernoff paraît très ingénieux; qu'il permet pleinement, sans ces mensurations, de déterminer, en se basant sur elles, les foyers de trépanation. Nous lui adresserons cependant une petite critique, c'est qu'il nous paraît un peu volumineux, un peu lourd, par suite, d'un maniement difficile; mais notre éminent confrère indique lui-même qu'il se préoccupe de parer à cet inconvénient.

M. Gillet lit un travail sur un **cas de rougeole, date précise de la contagion.** (Voir p. 259.)

M. CADET DE GASSICOURT — Il me semble que notre confrère fait une certaine confusion entre l'invasion et l'incubation. L'invasion est la maladie bien constituée; par suite, elle est certainement contagieuse. M. Grancher a pensé que dans ce cas la contagion se fait par les crachats et non par l'air expiré. L'incubation a pu être de 14 jours; il y a des cas où elle est plus longue ou plus courte. Il est des cas particuliers où l'on peut juger facilement de l'époque de la contamination. Parfois, il est extrêmement difficile de constater une période d'invasion. L'éruption n'a été, dans ces cas, précédée d'aucun symptôme, ou rien n'a paru. La température elle-même peut ne s'élever que le jour de l'éruption; c'est ce que je viens d'observer nettement dans un cas. Il n'y avait eu là ni toux, ni larmoiement, donc pas d'invasion appréciable. Ce malade aurait-il été contagieux dans les jours qui ont précédé l'éruption? Je ne le sais. Dans d'autres cas, la toux, le larmoiement peuvent exister et cependant la rougeole ne pas s'ensuivre.

En somme, peut-être de toutes les maladies infectieuses, la rougeole est-elle celle dont il est le plus difficile d'éviter la contagion; d'où la fréquence des petites épidémies que nous observons à l'hôpital.

M. GILLET. — On pourrait peut-être réunir l'invasion à l'incubation et en faire la période d'observation.

M. CADET DE GASSICOURT. — A la période d'invasion la maladie est constituée; elle est contagieuse; tandis qu'au moment de l'incubation la maladie n'est pas contagieuse.

M. DESCROIZILLES. — La question est si intéressante qu'il est bon de relater les faits exceptionnels pour connaître cette invasion qui varie dans de si grandes limites. Je viens d'observer un cas où tout semblait réuni pour confirmer le diagnostic d'invasion de la rougeole; l'enfant fut même mise dans le service des morbilleux. Tous les phénomènes s'atténuèrent tellement que bientôt nous la retirions de la salle des rougeoles. Cinq jours après sa sortie de ce service d'isolement, les mêmes phénomènes réapparaissent et cette fois l'éruption s'ensuivit Dans ce cas, quelle a été la période d'invasion? Il est bien difficile de le dire.

M. HUCHARD fait une communication sur la **grippe**. — Je viens vous demander si, comme moi, vous observez en ce moment des grippes nombreuses, grippes d'ailleurs plus bénignes que précédemment? Avez-vous aussi observé comme moi et comme Grasset (de Montpellier) des rhumatismes articulaires aigus et des accès de goutte nombreux?

N'y aurait-il pas là un rapprochement à faire entre ces affections? Il semble que la grippe réveille le rhumatisme et la goutte. D'ailleurs elle éveille et aggrave toutes les diathèses. Je viens de voir un syphilitique récent qui, à la suite de l'influenza, a été pris d'accidents ataxiques, douleurs fulgurantes, qui, d'ailleurs, se sont atténuées. Ce malade, en même temps obèse, n'ayant jamais rien eu de cardiaque, a été cependant pris d'accidents cardiaques sérieux, se traduisant par de la tachycardie.

D'autre part, dans mon service, j'ai eu une malade atteinte de goître exophthalmique; à la suite de l'influenza elle a subi une dénutrition extrêmement rapide, comme si elle avait été atteinte d'une maladie grave. En outre de la tachycardie, son cœur a passé à la brachycardie.

Un autre point. Un malade que je viens d'observer, a été pris d'un frisson d'une violence extrême qui a duré une demi-journée; puis, au bout de quelques jours, il a été pris de douleurs considérables généralisées qui l'ont tenu pendant un jour et demi immobile dans son lit. Tout cela a cessé brusquement. Ces douleurs ne siégeaient pas dans les articulations, mais partout. Ce même malade, tout d'un coup, a rendu une quantité de mousse sanguinolente; et pour tout phénomène physique du côté des poumons, il avait à la base, à droite, un tout petit foyer de râles crépitants fins, comme ceux de l'emphy-

Digitized by Google

sème. Il est probable que, malgré ce petit foyer apparent, il y avait là un foyer central de congestion pulmonaire. Ces accidents ont disparu avec la rapidité de leur apparition; seule la neurasthénie a persisté.

On a discuté la contagion de la grippe. Je suis contagionniste, et j'ai observé dans une famille une épidémie de maison, véhiculée par une petite fille s'étant trouvée en contact avec des enfants atteints.

M. Ory. — J'ai eu un ami atteint d'influenza, il est rhumatisant, et la grippe a débuté chez lui par des douleurs rhumatoïdes violentes, et il a conservé une douleur rhumatismale persistante. J'ai vu un grand nombre de cas de rhumatisme monoarticulaire, consécutifs à l'influenza. J'ai constaté aussi un grand nombre de manifestations cardiaques.

M. Gillet. — Je connais bien trois goutteux ; ils sont tous trois atteints, en ce moment, de leur accès ; et, cependant, ils n'ont pas eu l'influenza; peut-être est-ce leur façon de faire la grippe ?

M. Huchard. — Je crois qu'il y a ainsi une coïncidence, une sorte de corrélation d'états morbides.

M. Michel-Dansac. — Je constate aussi qu'il y a, en ce moment, un grand nombre de goutteux malades.

M. Groussin. — J'observe aussi beaucoup de grippe, en ce moment; et, à ce propos, j'indiquerai ce fait : que certains malades, avec des signes manifestes de congestion pulmonaire, n'ont pas ou peu de toux.

M. Huchard. — On l'a dit, la pneumonie grippale est souvent sans expectoration et sans toux.

M. Groussin. — Cette absence d'expectoration et de toux s'observe même dans des bronchites et des congestions grippales.

M. Descroizilles. — J'observe aussi de nombreux cas de réveil de douleurs rhumatoïdes. J'ai vu aussi des cas de rhumatisme à allure goutteuse. A l'encontre de ces faits, j'ai observé une expectoration extrêmement abondante.

M. Duchène. — Au point de vue de la fréquence de la grippe, je puis fournir quelques indications Sur 500 sujets que je vois seul, je n'ai qu'un ou deux grippés, mais j'observe de nombreux cas de douleurs rhumatoïdes.

M. Julliard. — J'attire votre attention sur quelques médicaments nouveaux. On prescrit fréquemment un **collyre avec borate de soude et cocaïne.** Or, on a, en faisant cette opération, un précipité parce que le borate de soude est un sel alcalin, le chlorhydrate de cocaïne un sel peu fixe, et il se fait une combinaison qui précipite du chlorure de sodium. J'ai ajouté de la glycérine, et le précipité a disparu parce qu'il s'est formé un glycérolé de borate de soude soluble. Mais, ce faisant, je modifie la prescription, et vous comprenez l'embarras du pharmacien en pareil cas.

M. Groussin. — Ces observations sont intéressantes; je demanderai s'il s'agissait d'acide borique ou de borate de soude.

M. Julliard. — C'était du borate de soude, sel alcalin; l'acide borique n'aurait pu agir dans le même sens.

M. Reliquet. — Je me sers souvent d'acide borique et de cocaïne et je n'observe jamais de précipité.

Dr E. Potherat.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 avril 1890.

Présidence de M. le Dr Dumontpallier

Epithélioma de la face traité par la poudre d'Aristol. Action cicatrisante de cette substance. — M. Brocq présente à la Société un malade de 50 ans, atteint d'un épithélioma superficiel de la joue gauche depuis 1878. Cet épithélioma grandi peu à peu, et s'est ulcéré en 1884.

Depuis lors, malgré quelques rémissions produites par des traitements divers, il a gagné toute la partie supérieure et interne gauche de la face. Quand le Dr Brocq l'a vue pour la première fois, le 15 mars dernier, l'ulcération formait un vaste fer à cheval intéressant la lèvre supérieure, le sillon naso-génien, la face latérale gauche du nez, toute la région de la paupière inférieure qui était complètement détruite et la pommette.

Vingt jours d'application de poudre d'aristol, du 5 au 25 avril et deux raclages légers des bords de la néoplasie ont été suivis d'une cicatrisation pour ainsi dire complète, et qui, d'après la marche qu'elle suit, sera sûrement parfaite dans quelques jours.

Le Dr Borcq ne donne pas la poudre d'aristol comme un topique guérissant l'épithélioma superficiel, il ne veut que mettre en relief ses propriétés cicatrisantes.

Il les a d'ailleurs constatées dans d'autres affections après le Dr Eichoff : il en a obtenu de bons effets dans les ulcères de jambe, dans les ulcérations syphilitiques tertiaires, dans les ulcérations tuberculeuses de la peau. Son application sur les plaies n'est pas douloureuse, ce qui le fera préférer au chlorate de potasse dans l'épithélioma superficiel si son efficacité dans cette affection se confirme; il n'a pas d'odeur et semble ne pas causer de phénomènes d'intoxication générale ce qui lui donne une grande supériorité sur l'iodoforme : il est, de plus, moins irritant pour les téguments que cette dernière substance.

Son pouvoir cicatrisant dans les ulcérations ordinaires semble être à peu près égal à celui des poudres d'iodoforme et de sous-carbonate de fer.

Tumeur hydro-aérique de la nuque. — M. Dieulafoy présente un malade, au sujet duquel il demande l'avis de ses collègues. Il s'agit d'un homme de 29 ans, sans antécédents syphilitiques ni tuberculeux, qui, au mois de décembre dernier, fut atteint d'une grippe très légère, sans aucune complication. En janvier, il commence à éprouver des douleurs très vives dans le coude et l'épaule droits, avec insomnie; elles furent un peu calmées par l'administration prolongée du salicylate de soude à hautes doses. Le 20 février, il ressent des raideurs dans les doigts de la main droite, et bientôt il ne peut plus écrire. Le 15 mars, on constate l'atrophie des muscles des éminences thénar et hypothénar et des lombricaux du côté droit; cette atrophie envahit rapidement les muscles de l'avant-bras, du bras et de l'épaule. Aujourd'hui, il a l'aspect d'un homme atteint d'atrophie musculaire progressive, localisée au membre supérieur droit. A la fin du mois de mars, apparaît un symptôme capital et resté inexpliqué. Au dessous de l'apophyse mastoïde droite se montre une petite tumeur, qui en quatre jours comprend toute la moitié droite postérieure du cou; elle est située au-dessous du muscle trapèze; la palpation détermine un bruit de flot, véritable bruit hydro-aérique comme dans le pneumothorax; la percussion hippocratique existe comme dans cette dernière maladie. L'auscultation du sommet pulmonaire est rendue impossible par la présence de la tumeur; on ne perçoit ailleurs aucun signe de tuberculose.

Quelles sont la cause et la nature de cette atrophie, qui ne s'accompagne d'aucun trouble de la sensibilité? Quelles sont ses relations avec l'atrophie? L'opinion des membres de la Société est qu'il s'agit probablement d'une carie vertébrale, la septième vertèbre cervicale étant très douloureuse à la pression, avec retentissement sur l'origine des nerfs d'une plexus brachial, qu'il y a lieu de ponctionner cette tumeur et de l'ouvrir largement, suivant l'avis du chirurgien chargé de faire la ponction.

Fièvre intermittente chez un enfant de quatorze mois. — M. Comby rapporte l'observation d'un enfant de 14 mois qui

Digitized by Google

contracta la fièvre intermittente sur les bords du canal Saint-Martin, alors en vidange. Les accès, caractérisés par les trois périodes d'algidité, de chaleur, puis de sueurs profuses, duraient 12 heures et se montrèrent seulement tous les 8 jours, pendant six semaines. La quinine, administrée à la dose quotidienne de 0 gr.25, fit complètement disparaître les accès.

Œdème aigu du poumon dans l'artério-sclérose généralisée. — M. Ducazal apporte une observation qui confirme la doctrine présentée par M. Huchard dans la dernière séance. Un homme entre dans son service du Val-de-Grâce présentant tous les signes de l'artério-sclérose généralisée : pouls dur, bondissant ; bruit de galop au cœur ; absence complète d'albumine dans les urines, recherchée avec le plus grand soin par le pharmacien en chef du Val-de-Grâce ; hémorragie rétinienne du fond de l'œil. La dyspnée était extrême, l'expectoration mousseuse, mêlée de stries sanguinolentes, l'auscultation révélait une pluie de râles fins, crépitants, dans les poumons ; sonorité exagérée de la poitrine en certains points. Cet état dura trois jours et le malade guérit.

Dr H. Marciguey.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 avril 1890.

Présidence de M. le Dr Nicaise.

Résultats éloignés de l'orchidopexie. — M. Schwartz présente un jeune homme de 23 ans auquel il a pratiqué l'orchidopexie il y a deux ans. Il n'existait pas de hernie congénitale, le testicule en ectopie était très douloureux : il y avait donc une indication opératoire urgente. Il fit descendre la glande et la fixa par deux points de sutures au fond des bourses. L'organe est resté dans cette position, et a subi le développement normal au moment de la puberté, seulement une pointe de hernie est apparue depuis une année. En résumé l'opération a supprimé les douleurs et permis le développement du testicule : ses résultats ont donc été aussi favorables que possible.

M. Tillaux.—Quand le testicule est arrêté à l'anneau inguinal externe, il existe presque toujours derrière lui une hernie interstitielle. Si plus tard, on opère l'ectopie testiculaire, l'opération n'est pour rien dans la production de la hernie, celle-ci se produit spontanément. D'autre part, le bandage échancré que l'on a préconisé autrefois pour réduire la hernie sans s'opposer à la descente de la glande séminale, est mal supporté et n'arrête pas en général la hernie. L'opération est donc rationnelle et donne de bons résultats, ainsi que M. Schwartz vient d'en rapporter un exemple.

Antisepsie et spécificité de l'oxycyanure de mercure. — M. Kirmisson rend compte d'un travail de M. Chibray (de Clermont-Ferrand). L'oxycyanure de mercure, même en solutions à 1 pour 1,500, possède une action antiseptique supérieure à celle du sublimé ; de plus, il est moins toxique, n'expose pas à l'hydrargyrisme, même après de grands lavages. Il n'altère pas les métaux, on peut donc le laisser en contact avec les instruments de chirurgie En solution au centième il est également très bien supporté en injections hypodermiques. Six ou huit injections espacées à trois jours d'intervalle équivalent à un traitement énergique par les frictions mercurielles, sans déterminer aucun accident.

Empyème avec résection de deux côtes. — M. Kirmisson analyse une observation de M. Gellé (de Provins), dans laquelle l'auteur pratiqua l'empyème pour une pleurésie purulente consécutive à une fièvre typhoïde, et réséqua deux côtes. La guérison fut complète au bout de deux mois, sans production de fistule, ce qui rend quelquefois si incomplet le résultat de l'opération d'Estlander.

M. Peyrot remarque que cette opération s'éloigne un peu du type de l'opération d'Estlander. En effet, dans le cas particulier, il n'y avait pas de fistule pleurale, mais un simple abcès dont la cavité après l'empyème aurait pu être comblée par l'ampliation du poumon. Celle-ci est toujours lente, se produit d'une manière complète au bout de six mois et plus. Ce n'est qu'à cette époque que l'opération d'Estlander peut être jugée utile. Alors elle ne consiste pas à réséquer deux côtes, mais un nombre beaucoup plus élevé de ces os.

Trépanation du crâne pour céphalalgie rebelle. — M. Terrillon rapporte l'observation suivante, dans laquelle il a pratiqué avec succès la trépanation du crâne d'une manière empirique, dit-il. Un officier de cuirassiers, âgé de 55 ans, reçoit un choc violent sur le crâne, le 5 septembre 1888. Il en éprouve un très grand mal de tête, mais sans perdre connaissance. Les douleurs s'établissent sur toute la calotte crânienne et rendent tout sommeil et tout travail impossibles. Pas de trouble moteur; aucune déformation du crâne. Les traitements médicaux, l'incision du cuir chevelu jusqu'à l'os sur le point vulnéré, ne produisirent aucun soulagement.

Après avoir examiné le malade, M. Terrillon constata que les douleurs prédominaient au niveau du pariétal gauche; le 3 juillet 1889, il pratiqua une incision cruciale à ce niveau, et enleva une rondelle du pariétal, large de trois centimètres et demi de diamètre ; l'os lui parut présenter une épaisseur exagérée ; la dure-mère fut ouverte par une incision cruciale, il s'écoula une certaine quantité de liquide clair; puis la plaie fut refermée et pansée suivant la méthode antiseptique. Aussitôt après l'opération, le patient sentit disparaître la constriction du crâne, les douleurs devinrent de moins en moins violentes et, aujourd'hui, elles ont complètement disparu. Le blessé se considère comme guéri et veut reprendre son service.

M. Routier a fait deux fois la trépanation du crâne pour des douleurs et des accès épileptiformes consécutifs à des traumatismes cérébraux. Dans un cas, il existait une ostéite du crâne ; l'os présentait une épaisseur de 19 millimètres, ce qui est anormal ; dans le second cas, il y avait inclusion de la dure-mère dans le pariétal. Les deux malades ont guéri ; les douleurs et les accès épileptiformes ont disparu après l'opération.

M. Peyrot. — La trépanation du crâne donne quelquefois d'excellents résultats, sans qu'il soit facile d'en expliquer la pathogénie, témoin le fait suivant. Un ingénieur de 29 ans est renversé sur les chantiers de Panama par une locomotive. On le relève avec une fracture probable de la base du crâne dont il guérit. Six mois après, il éprouve des douleurs violentes dans toute la moitié gauche du crâne, des vertiges, des troubles de la marche comparables à ceux de l'ataxie, puis de l'aphasie. Bref, cet homme prenait l'aspect d'un paralytique général, et son avenir semblait très compromis. M. Peyrot trouve un point très douloureux sur l'apophyse mastoïde gauche, du côté où il y avait eu probablement une fracture du rocher. Il en fit la trépanation, l'os ne présentait rien d'anormal. Cependant, tous les symptômes morbides disparurent huit jours après l'opération, et le malade fut radicalement guéri.

M. Tillaux. — Il est presque impossible de faire le diagnostic entre les fractures du crâne et certaines lésions méningitiques, d'autant plus que les symptômes sont les mêmes dans les deux cas, lorsqu'il existe une ostéite comprimant et irritant les nerfs de la dure-mère. La trépanation remédie avec succès à ces sortes d'accidents complexes.

Dr H. Marciguey.

Digitized by Google

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 avril 1890

Présidence de M. le Dr MOUTARD-MARTIN

De la noix de kola. — M. Bergeron lit une lettre de M. HECKEL (de Marseille), qui continue à réclamer la priorité, malgré la dernière réponse de M. G. Sée, au sujet des expériences sur la caféine comme moyen de diminuer la fatigue. Pas plus que M. G. Sée, il n'a d'intérêt commercial dans la question.

M. G. Sée répond en demandant où sont les expériences sur le rouge de Kola. M. Heckel a eu la délicatesse de débarrasser la noix de Kola de son principe aphrodisiaque. Mais s'il prétend à la priorité pour les expériences sur la caféine, c'est qu'il ne connait pas un mot du travail fait par M. G. Sée avec Parisot.

Contagiosité de la lèpre. — M. FORNÉ lit une note qui démontre la contagiosité de la lèpre. Il s'agit d'un Belge qui, de 1874 à 1879, étant condamné, ne présenta rien d'anormal. En 1879, il fut libéré ; à partir de 1881, il resta en contact avec une tribu canaque atteinte de lèpre. En 1885, la lèpre fit son apparition.

M. POLAILLON présente un fœtus de deux mois et demi qu'il a extrait de la cavité abdominale d'une femme de vingt-six ans pendant l'ablation d'une tumeur de la trompe droite.

M. LEDENTU présente un kysto-fibrome végétant développé à l'extrémité du ligament tubo-ovarien et indépendant de la trompe et de l'ovaire, qu'il a extirpés avec succès.

M. GARIEL lit un rapport sur un travail de M. Gréhant sur les produits de combustion du gaz d'éclairage.

M. LANCEREAUX lit un rapport sur un travail de M. Maurel et sur une observation de M. Mengalaès (de Rio-Janeiro) ayant trait à la filariose.

M. BECKEL lit une note sur l'entérostomie temporaire fermée par la suture, après l'évacuation de l'intestin, dans la laparotomie.

M. PERRIER lit deux observations. Dans l'une, il s'agit d'un homme qui avait avalé, dix-huit jours auparavant, une cuiller à café ; celle-ci fut retirée de l'estomac par la taille stomacale. Dans l'autre, une enfant de huit ans avait avalé un bouton en or, qui s'arrêta à la partie moyenne de l'œsophage ; il fut retiré par l'œsophageotomie externe. Les deux opérés ont bien guéri.

F. R.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Spécialistes et spécialisations. — La policlinique de Paris.

La transformation d'une chaire de chirurgie en chaire des maladies des voies urinaires a rencontré, on le sait assez, une certaine opposition dans le milieu universitaire. N'est-ce pas l'usage, chaque fois qu'il s'agit de sortir des sentiers battus de la routine ?

Heureusement que le libéralisme de la majorité des membres du Conseil de la Faculté a obtenu gain de cause auprès de l'autorité supérieure et que — « des influences puissantes aidant » — le ministre de l'Instruction publique a donné droit aux partisans des réformes et du progrès universitaires.

On connaît les objections habituelles des adversaires de la spécialisation de certaines chaires de clinique. Elles sont banales ; on les a souvent reproduites. Voici comment l'éminent titulaire de la chaire transformée, M. Guyon, y répond dans sa leçon d'ouverture :

...La spécialité ne saurait être, en effet, admise, si elle entrainait l'idée d'une étude exclusive cu abstraite d'un point de notre science.

Les gens du monde peuvent rêver je ne sais quel fractionnement qui aboutirait à l'exercice isolé de chacune des parties de notre art. Sans nous préoccuper de semblables tendances qui n'ont, à coup sûr, rien de scientifique, il faut reconnaître l'utilité de l'étude approfondie de certaines parties de la médecine et de la chirurgie...

Il faut donc, même dans les recherches circonscrites « respecter l'unité de la science », ne pas « séparer la partie de l'ensemble », et avant tout, ne point « s'éloigner prématurément des études générales » enfin ne pas aborder « la pratique sans avoir pris l'habitude des conceptions et des idées directrices qui régissent la chirurgie dans toutes ses applications »

Chirurgiens ou médecins d'abord, spécialistes après ! Les déclarations si judicieuses de M. Guyon apaiseront donc tous les scrupules et feront tomber toutes les préventions.

Je sais bien que les adversaires de toute spécialisation universitaire invoquent volontiers, comme argument, le caractère nécessairement encyclopédique de l'enseignement officiel. Ecoles plutôt que Facultés, ajoutent-ils, ces institutions doivent former des praticiens et non point des spécialistes.

Soit ; tout le monde l'admet. Eh bien, alors, pourquoi redouter des innovations destinées à rendre enfin plus professionnel cet enseignement qui a la prétention d'être encyclopédique ?

***

Un groupe de jeunes médecins parisiens, tous déjà connus par leurs travaux estimés et tous également amoureux du progrés, organisent, eux aussi, en dehors de l'Université un enseignement qui, pour être plus modeste, n'en serait pas moins utile.

Il y a beau temps qu'on a proposé la création auprès de nos Facultés de médecine et dans les hôpitaux de Paris, de policliniques analogues à celles qui fonctionnent pour le plus grand profit des étudiants, en Allemagne, en Russie, en Autriche et dans certaines villes américaines.

Des projets furent même rédigés, la presse les analysa..... Les cartons de l'Administration les conservent peut être. Ils conservent tant de chose ! Finalement on les oublia : leurs promoteurs se découragèrent-ils, ou bien, dans les situations officielles qu'on leur donna, eurent-ils l'occasion de ne plus s'en souvenir ? On ne sait.

En tout cas sous la rubrique de *Policlinique de Paris*, ces distingués confrères, tous récemment sortis de l'internat des hôpitaux, tentent cette courageuse expérience. On me dit que le patronage municipal vient en aide à leurs efforts. Très bien. On me dit aussi que, dans le local où ils s'installent, rue Dauphine, ils donnent chacun à tour de rôle, des consultations publiques bi-hebdomadaires où les élèves en médecine recevront un enseignement élémentaire et pratique. On me dit

Digitized by Google

aussi que ces consultations se feront sur les maladies des enfants, l'obstétrique, la gynécologie, les maladies des yeux, l'otologie, la laryngologie, en résumé sur les branches spéciales de l'art de soigner les malades.

L'idée ne manque pas de hardiesse. *Audaces et juvenes fortuna juvat.* Que la fortune favorise cette tentative et le succès obtenu par nos confrères aura peut-être pour indirecte conséquence la réforme de l'enseignement dans les hôpitaux.

Concurrence oblige. Puissent ceux de nos édiles qui ont reconnu l'utilité de cette institution, puisse aussi le Conseil de l'Assistance publique la reconnaître aussi et comprendre, il en est temps, dans l'intérêt de la science et pour le bon renom de notre Faculté parisienne, l'urgence d'organiser enfin l'Ecole de médecine pratique des hôpitaux.

CH. ELOY.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

A propos de la spécialisation des chaires de la Faculté. — Le *Progrès Médical* du 26 courant demande que l'on poursuive cette réforme :

Nous souhaitons de tout cœur, dit-il, que des considérations étrangères au bon renom et à la gloire de la Faculté de médecine de Paris, ayant pour fondement la routine ou d'autres sentiments moins avouables encore, n'entravent pas dans un avenir assez prochain la création de nouvelles chaires spéciales. Le besoin s'en fait désormais trop vivement sentir, aujourd'hui surtout où la lutte avec l'étranger pourrait ne pas toujours tourner, si nous n'y prenions garde, au profit de notre chère France.

Kola ou caféine? — Suite à la séance de l'Académie du 22 avril. Entre les deux, laquelle choisir? L'embarras est grand; et la *Province Médicale* du 26 avril le déclare :

M. Heckel (de Marseille), continue à préconiser la noix de kola comme aliment d'épargne. Il attribue son action à une substance particulière, le rouge de kola. M. G. Sée, au contraire, soutient que la noix de kola n'emprunte ses effets bienfaisants qu'à la caféine qu'elle renferme. L'Académie assiste à la discussion des deux savants dont l'un veut fournir l'armée de noix de kola, et l'autre de caféine. M. Heckel accuse M. G. Sée de manquer de patriotisme, en voulant priver nos soldats de la noix de kola adoptée en Allemagne; M. G. Sée se déclare plus patriote que M. Heckel, en refusant d'abandonner la caféine bien plus efficace.

Vous verrez que tout cela finira par un procès en contrefaçon, M. Heckel accuse déjà M. G. Sée de lui avoir subtilisé le secret de la noix de kola, grâce à la complicité d'un chef de laboratoire, qui avait, pendant son service militaire, absorbé les rations d'entretien à la kola expérimentées par M. Heckel. M. G. Sée a, comme le soldat de Noriac, étudié la kola approximativement.

La prophylaxie internationale du choléra. — On peut juger de sa valeur par le fait suivant emprunté à la *Gazette médicale d'Orient* du 15 courant, et a la plume de M. le Dr Mordtmann de Constantinople :

Les autorités de la petite ville de Zakhs non loin de Mossoul, ont jeté l'alarme par un télégramme annonçant la réapparition du choléra. Le gouverneur du vilayet de Mossoul ordonna une enquête; un médecin envoyé sur les lieux constata qu'il s'agissait de pustule maligne; — un second rapport parle de fièvre typhoïde — un troisième de dysenterie et de fièvres pernicieuses qui auraient causé une mortalité effrayante; bref, on n'a jamais pu savoir exactement de quoi il s'agissait...

Il résulte de ces derniers faits et des événements de l'automne passé, qu'il est presque impossible d'obtenir des informations dignes de foi, et qu'il est urgent d'organiser un service sanitaire convenable dans ces contrées qui ont servi trois fois déjà de porte d'entrée aux grandes pandémies.

INFORMATIONS

PARIS

La mortalité des nourrissons en France. — D'après les relevés de la Direction de l'Assistance publique, la mortalité des nourrissons est de 400 pour 1,000 en Souabe, de 329 dans le Wurtemberg, de 317 en Bavière, de 258 en Autriche, de 220 en Italie, de 217 en Prusse, de 169 en France, de 157 en Angleterre et de 154 en Suisse.

Un projet de loi sur l'emploi des machines à coudre. — Nous apprenons que conformément à l'avis du Conseil d'hygiène de la Seine, le Ministre du commerce se propose de déposer un projet de loi interdisant de confier le maniement des machines à coudre à pédales, aux jeunes filles âgées de moins de seize ans.

DÉPARTEMENTS ET COLONIES

NOUVELLE-CALÉDONIE. — **La léproserie du cap Bocage.** Le Conseil général de la colonie avait voté, il y a quelques mois, la création d'une léproserie, institution devenue nécessaire par la multiplication des cas de lèpre parmi les Canaques. Cette décision vient de recevoir un commencement d'exécution au cap Bocage; on a consacré aux lépreux le village indigène de Mévégon.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE. — **La mortalité par l'influenza dans l'armée allemande.** — D'après le rapport officiel du mois de février dernier : l'influenza a causé 164 décès dans l'armée allemande, à savoir : 182 par la maladie elle-même; 7 par des complications, et 25 par des suicides que l'on attribue à la crainte de la contagion.

GUATEMALA. — **L'influenza au Guatemala.** — L'épidémie a débuté sur les troupes d'artillerie. De, là elle s'est propagée à l'Ecole militaire. On n'a pu établir l'origine de cette épidémie, car le premier foyer a été constaté en janvier, et les troupes contaminées habitent Guatemala, à une distance de trois cents milles des ports les plus voisins du Pacifique. Il n'existait aucun cas d'influenza dans les villes intermédiaires. Comment invoquer, alors, la propagation par contagion ?

INDES-ANGLAISES. — **Le choléra de Calcutta en 1889.** — L'épidémie de 1889 a causé 1816 décès, on a remarqué, paraît-il, que la mortalité a été plus considérable sur la population habitant des huttes (13,73 décès), que sur celle habitant des maisons en briques (493 décès). Cependant, la première est moins nombreuse que la seconde.

TURQUIE D'EUROPE. — **Une enquête sur le choléra.** — Sur la proposition de M. le Dr Mahé, médecin sanitaire français, le Conseil sanitaire international a décidé une enquête sur l'épidémie de choléra de Bagdad en juillet dernier. MM. les Drs Lubicz, directeur du service sanitaire, et Gazala ont été chargés de cette enquête.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Le budget du service de santé en 1891. — Les prévisions officielles sont les suivantes:

CHAPITRE XXV : *Personnel d'exploitation.* — Ce chapitre comprend : 1° Le traitement du personnel civil au magasin central des hôpitaux, à la pharmacie centrale, aux docks de l'adminis-

Digitized by Google

tration, à Paris; au magasin de réserve et à la réserve des médicaments, à Marseille ; au magasin de réserve, à Alger. 2° Les indemnités aux ministres des différents cultes. Son crédit est de 316.140 francs, en augmentation de 2.400 francs sur celui de 1890.

CHAPITRE XXVI : *Matériel.* — Nous y relevons les frais de service de santé dans les hôpitaux, hospices, infirmeries, à l'exception de la solde du personnel militaire.

Le crédit est de 9.691.760 francs, constituant sur celui de 1890 un excédant de 255.170 francs dû au grand nombre de malades par suite de l'augmentation d'effectif et à une dépense nouvelle de 5.500 francs pour loyer des bureaux des directeurs de santé.

Le nombre moyen des malades par an est dans l'armée active : à l'intérieur, de 0,23 pour cent pour les officiers supérieurs, 0,066 pour les autres officiers, 0,846 pour les sous-officiers, et 1,699 pour les caporaux et soldats. En Algérie et en Tunisie, de 0.24 pour cent parmi les officiers supérieurs, 1,12 parmi les officiers subalternes, 2,03 parmi les sous-officiers, et 2,65 parmi les caporaux et soldats.

Le nombre des journées de traitement dans les établissements hospitaliers de la France, de l'Algérie et de la Tunisie est de 3.616.043. Le prix de la journée de traitement dans les hôpitaux militaires est en moyenne, sans distinction de grade, de 3 fr. 2314 à l'intérieur et de 1 fr. 8537 en Algérie et en Tunisie. Cette différence entre la France et l'Afrique porte sur tous les articles de dépenses : alimentation, chauffage, éclairage, blanchissage, objet de consommation, entretien et réparation de matériel, propreté.

En examinant le prix de la journée de traitement dans les divers hospices, on trouve des différences sensibles d'un établissement à un autre. On sait que les conventions entre l'Etat et les conseils d'administration d'un grand nombre d'hospices ont été faites dans des conditions onéreuses pour l'Etat, et pour obéir à des influences locales. Il y aurait là des économies à réaliser.

Nominations dans le corps de santé de la marine (réserve), 15 avril :

Au grade de médecin de deuxième classe

M. Le Blanc, ancien médecin de 2e classe de la marine.

A l'emploi de médecin auxiliaire

(Activité.) M. le Dr Le Marchadier.

Récompenses honorifiques. — Par arrêté ministériel une médaille d'argent a été décerné à M. Sagrandi, médecin aide-major de première classe aux hôpitaux militaires de la brigade d'occupation, attaché à la place de Bizerte : s'est distingué par un zèle et un dévouement exceptionnels, en prodiguant ses soins à la population de cette ville au cours de diverses épidémies, notamment de diphthérie, qui y ont sévi récemment.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE. — **Le nombre des médecins en Allemagne.** — D'après les renseignements officiels, la répartition du corps médical sur la surface de l'empire, en fonction du nombre des habitants, est la suivante. A Hambourg, 3,92 pour 10,000 habitants ; à Lubeck, 5,91 ; dans le Mecklembourg, 5,90 ; à Brême, 4,47 ; dans la Hesse, 4,93 ; dans le Brunswick, 4,80 ; dans le Duché de Bade, 4,77 ; en Saxe, 4,18 ; en Bavière, 4,12 ; en Prusse, 3,74 ; dans le Wurtemberg, 3,39 ; à Berlin, 9,32 ; dans le duché de Hesse-Nassau, 3,44 ; le Schleswig, 4,28 ; le Hanovre, 4,15 ; les provinces du Rhin, 3,88 ; la Westphalie, 3,50 ; le Brandebourg, 3,21 ; la Poméranie, 3,08 ; la Silésie, 3,02 ; la Prusse orientale, 2,30 ; la Prusse occidentale, 2,32 ; le duché de Posen, 2,20.

En Alsace-Lorraine le nombre est de 3,67, et, en moyenne, de 3,92 pour tout l'empire. En 1887, cette moyenne s'élevait

A Colchester, on impose aux cuisiniers de compagnie de préparer des repas variés dont le menu est dressé mensuellement. Ce système sera étendu à tous les corps de troupe, sous la responsabilité et la surveillance des officiers de compagnie. Il n'est point douteux, d'ailleurs, qu'un bill de la Chambre des communes ne donne la sanction légale à ces réformes, dont l'urgence a été déclarée par M. Stanhope, rapporteur du comité ou Soldiers Dietary, au Parlement.

Il serait à désirer que la même sollicitude fût éprouvée par nos législateurs. *De minimis non curat prætor.* On s'en aperçoit trop au Palais Bourbon.

INDES-ANGLAISES. — **L'influenza dans l'armée anglaise des Indes.** L'épidémie a débuté subitement sur les troupes casernées à Lucknow. On n'a pu suivre la filiation des cas, car les premiers atteints ont précédé le développement de la maladie à Bombay, à Calcutta et dans les localités intermédiaires. Les symptômes ne différaient pas de ceux observée en Europe. Au reste, l'épidémie frappait au début, de préférence, les troupes européennes.

VARIÉTÉS

Influence de l'antipyrine sur la solubrité de la caféine, — M. Crinon a établi dans le *Répertoire de pharmacie* qu'il suffit d'ajouter à la caféine un poids d'antipyrine légèrement supérieur à son propre poids pour qu'elle devienne entièrement soluble à froid. En opérant à chaud, dit-il, nous sommes parvenus à faire dissoudre 50 centigrammes de caféine dans 10 grammes d'eau distillée, en ajoutant 75 centigrammes d'antipyrine, et la solution est restée limpide. Il semble impossible, à moins d'employer des quantités d'antipyrine considérables, d'obtenir pour être injectées hypodermiquement, des solutions aussi concentrées que celles dont M. Tanret a donné la formule ; néanmoins, l'action solubilisante de l'antipyrine à l'égard de la caféine peut être mise à profit pour obtenir des solutions devant contenir plus d'un gramme de caféine pour 93 grammes d'eau ; d'autre part, si la caféine est prescrite contre les névralgies ou la migraine, son action ne pourrait qu'être secondée par celle de l'antipyrine.

Epuration des eaux potables des rivières. — M. Lefort a essayé de réaliser cette question dans le but de distribuer des eaux salubres à la ville de Nantes.

Ce procédé consistait à placer au milieu du lit de la Loire, en faisant un puits étanche comme ensemble, mais à barbacanes latérales mobiles permettant de modifier la vitesse et la direction d'écoulement des eaux filtrées, c'est-à-dire garantissant le mélange constant de la masse sablonneuse filtrante, assurant son homogénéité, promettant donc une action d'épuration parfaite. Les travaux d'étude ont été, en principe, dirigés ainsi qu'il suit.

En pleine Loire, M. Lefort commença par jeter circulairement des masses rocheuses de façon à constituer une sorte de ceinture pour l'île artificielle qu'il allait créer. Au centre de ce banc de rochers, il fit établir une sorte de tour en maçonnerie allant s'appuyer sur le sol ferme d'une part, et, d'autre part, s'élevant à environ un mètre au-dessus des plus hauts étiages signalés. Cette tour présentait sur l'ensemble de sa circonférence et à toutes hauteurs des barbacanes que des valves mobiles peuvent partiellement ou totalement obturer au gré de l'expérimentateur. Autour de cette tour et dans l'ensemble de la ceinture rocheuse on jeta du sable de rivière bien lavé, et en quantité suffisante pour combler l'espace entier, constituant une sorte d'îlot, dans le fleuve. Enfin, on mit le fond de la tour, devenue alors un véritable puits, en communication avec une pompe d'épuisement de la force de douze chevaux-vapeur.

Ce système filtrant étant constitué : dès l'ouverture des val-

Digitized by Google

seulement à 3,60. La mortalité moyenne des médecins est chaque année de 2,68 pour cent.

Angleterre. — Les réformes dans l'alimentation du soldat anglais. — Le rapport du Quartier-maître général annonce qu'un cours vient d'être institué au Métropolitain Meat Market pour enseigner des notions d'hygiène aux officiers chargés de l'inspection des subsistances.

A Aldershoot, on instruit annuellement huit officiers destinés à surveiller la nourriture du soldat dans les colonies.

ves des barbacanes, l'eau se mit à couler en abondance et avec une limpidité absolue. Le problème était donc résolu. De fait, récemment, pendant une crue considérable, alors que l'eau charriée par la Loire était couleur de café au lait, tandis que celle soi-disant filtrée distribuée à la ville était absolument boueuse, le liquide puisé à l'une quelconque des barbacanes était d'une clarté au-dessus de tout éloge et présentait la limpidité d'une eau de roche.

Un nouveau procédé de moulage. — M. Ritschi (de Fribourg en Brisgau) en est l'auteur. Il consiste à faire un moule en plâtre, à le sécher et à y couler un mélange de parties égales de glycérine et de gélatine teinté en couleur chair par l'addition de cinabre et d'oxyde de zinc.

Le mélange est préparé en additionnant la glycérine d'oxyde de zinc et durci en ajoutant la gélatine.

Le moule en plâtre doit être chauffé avant de recevoir le mélange. Après vingt-quatre heures, on extrait la forme du moule. Ces moulages sont élastiques et résistent au choc.

Un traitement de la pleurésie, d'après la formation de l'Hôtel-Dieu de Rouen, en 1797.— Parmi les nombreuses formules que la *Normandie medicale* emprunte à ce formulaire, en voici une qui fera sourire. Qui sait, si dans un siècle on ne sourira pas aussi des préparations de quelques thérapeutistes contemporains et des modernes inventeurs de certains nouveaux remèdes ? Le rédacteur de la *Normandie médicale* se le demande un peu ironiquement. Il n'a peut-être pas tout à fait tort.

Voici le traitement de la pleurésie et de la peupneumonie :

Potion. — Une once d'album grœcum ou fiente de chien. Mettez en poudre subtile. Delayez dans un verre de vin et faites avaller.

L'auteur de la formule a compris qu'il fallait terminer la recette par un encouragement bref, mais énergique : faites avaller.

Autre potion. — *R.* Fiente de cheval entier... VI onces.
Vin blanc..... 1 livre 1/2.
Eau de fleurs d'épines blanches..... 1/2 livre.

Faites infuser pendant une demi-heure, passez la liqueur avec expression, chauffez-la avec du blanc d'œuf. Ajoutez-y :
Eau thériacale..... IV onces.
Sirop de balsamique..... III onces.

Mêlez :

Cataplasme antipleurétique (Inventé et éprouvé par moi-même).

R. Poireaux blancs..... VI onces.

Fricassez-les dans la poêle avec S.Q. de saindoux. Ajoutez-y une poignée de fleurs de camomille et VI onces de lie de vin blanc.

La lèpre aux Indes-Anglaises. — Sur 64,227,446 habitants du Bengale, du Béhar, de l'Oréna et de l'Annam, M. Vincent Richard a mentionné 38,129 lépreux, soit 1 sur 684 habitants. La maladie est plus répandue dans l'ouest et le nord-est du Bengale que dans le Béhar. Elle est très rare dans les districts montagneux de Thettagowg et dans le Sent-Assam.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Perrier (de Vallerangue), Prosni (médecins de la marine), Tartivel (de Bellevue) ; Jules François, médecin aide-major de 1re classe ; Castara (de Lunéville), ancien médecin militaire ; J.-B.-A. Martin, médecin-major de 1re classe, en retraite, et Montillot (de Provins).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

Clinique médicale

Arnoud. — Intoxication phosphorée aiguë (*Marseille méd.*, 30 mars 1890).

Baccelli. — De l'angine de poitrine (*La Riforma médica*, 2 avril 1890.

Comby. — La grippe épidémique chez les enfants (*Revue mens. des maladies de l'enfance*, avril 1890, p. 145).

Moreno (J.) — Du vertige, ses symptômes oculaires et auditifs (*La Audalucia medica*, 30 mars 1890).

Moretti (O.). — Note sur la maladie de Packinson (*La Riforma medica*, 28 mars 1890).

Prondi (A.). — De l'examen du sang dans l'influenza (*La Riforma medica*, 29 mars 1890).

Sedan. — Contribution à l'étude des symptômes oculaires observés pendant l'épidémie d'influenza (*Recueil d'ophtalmologie*, mars 1890).

Clinique chirurgicale

Beeck et Nervell. — Traitement des fractures de la rotule (*The Med. Record*, 15 mars 1890).

Larmuth (B.). — Note sur quelques complications auriculaires de l'influenza. (*The med. chron.*, mars 1890).

Mayer (W.). — Du traitement chirurgical de l'érysépèle. (*The Med. Record*, 15 mars 1890).

M. Cosh. — Du traitement chirurgical du rein mobile (*The N.-Y. med. journal*, 15 mars 1890).

Sternberg. — Gangrène de la verge (*Gaz. Hebd. des soc. méd. de Bordeaux*, 23 mars 1890).

Wright. — Notes sur l'asthme thyroïdien et son traitement (*The med. chronicle*, mars 1890).

Thérapeutique et matière médicale

Lowe (E.). — Du traitement de la gonorrhée par le salol. (*The Lancet*, 22 mars 1890).

Reynolds (R.). — De l'emploi thérapeutique et des effets toniques du cannabis indica (*The Lancet*, 22 mars 1890).

Clinique obstétricale

Goullioud. — Opération césarienne conservatrice (*Lyon méd.*, 23 mars 1890).

Sons. — Grippe et affections oculaires (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 23 mars 1890).

Wathem (W.-H.). — Traitement de la grossesse ectopique (*The N.-Y. med. journal*, 15 mars 1890).

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

Larat. — Précis d'électrothérapie, précédé d'une préface par M. le Dr Gariel. — 1 vol. in-18 avec 44 figures. Prix : 6 fr.

Cyr. — Causes d'erreur dans le diagnostic de l'affection calculeuse du foie. (Paris, 1890, Asselin). — Paris, 1890, Lecrosnier et Babé, éditeurs.

Collin (Lucien). — Code manuel des médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale. — 1 vol. in-18 de 184 pages Prix : 2 fr. 50. (Paris, O. Doin, 1890.)

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

Paris. — Imp. Charles Schlaeber, 257, rue Saint-Honoré.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE N° 19 7 MAI 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THERAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

COMITE DE RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

LE TRAITEMENT DES MALADIES

OBSTÉTRIQUE

De l'emploi de l'antipyrine en obstétrique

par M. le Dr M. MISRACHI (de Salonique)
Membre correspondant de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris.

Dans une revue de thérapeutique publiée dans le *Journal des Praticiens* (1889, p. 89), M. Huchard, en rendant compte des résultats contradictoires obtenus par l'emploi de l'antipyrine en obstétrique, finit par cette conclusion :

« Nous livrons ces faits contradictoires à l'observation des praticiens. C'est à eux de conclure par leurs expériences qu'ils voudront bien nous faire connaître. » J'ai tâché de mon mieux de répondre à cet appel.

Supprimer la douleur sans modifier nullement la contraction utérine, est l'idéal de l'anesthésie obstétricale; aussi, il était naturel d'utiliser dans ce but les propriétés analgésiques de l'anipyrine. C'est M. Laget (de Marseille) qui, le premier, a appelé l'attention sur ce sujet; après lui, Queirel, Lielstri, Imbert de la Touche, Fauchon (d'Orléans) ont publié des faits confirmatifs de l'action bienfaisante de l'antipyrine sur les douleurs du travail. Cependant, MM. Auvard et Leffebvre, dans des recherches de contrôle, sont arrivés à des conclusions opposées (2). Je dirai tout de suite que les résultats que j'en ai obtenus moi-même ne sont pas, en tant qu'anesthésie obstétricale, beaucoup plus probants; sur trente cas où j'ai employé l'antipyrine administrée, *larga manu*, par la bouche, en lavements ou en injections hypodermiques, je n'ai eu que neuf fois un soulagement notable. Cependant l'examen détaillé des faits m'a permis, je le crois du moins, d'expliquer ces résultats contradictoires. L'observation de M. Laget concerne une fausse couche au cinquième mois accompagnée de *coliques violentes*. Celle de M. Imbert de la Touche a trait à une primipare de vingt-quatre ans qui « se désespérant de la longueur » de l'attente, poussait des cris assez violents pour être » entendue des chambres voisines. » La malade de M. Fauchon a déjà eu huit accouchements *longs et douloureux*. Lorsqu'il est appelé, les douleurs avaient commencé depuis deux jours et *portant le col n'est pas encore dilaté*. Je n'ai pas de détails suffisants sur les observations de M. Queirel, mais parmi les cas de M. Auvard, dans le huitième, un seul est relatif à une accouchée dont les *douleurs lombaires* furent apaisées après chaque injection.

Sur les neuf cas où j'ai obtenu un résultat appréciable, je trouve cinq fois des douleurs lombaires intolérables, une contraction tétanique de toute la matrice, deux fois une rigidité excessive du col, une fois une très grande excitabilité nerveuse. Dans quatre de ces cas, il y avait eu en même temps écoulement prématuré des eaux et dans tous, les douleurs duraient depuis longtemps — six, sept, douze, dix-huit et même soixante-douze heures — et cependant la dilatation du col était a peine ébauchée. Dans ces conditions, le résultat a été à peu près constant : l'administration de l'antipyrine a calmé les douleurs lombaires, apaisé l'état de surexcitation générale, régularisé les contractions tétaniques et fait disparaître la rigidité du col. Celui-ci s'est dilaté d'une façon régulière et rapide et le travail en a été abrégé d'autant. Dans mes autres observations, — elles sont au nombre de vingt-une — l'antipyrine n'a donné aucun résultat appréciable; je n'y trouve aucune indication de conditions anormales soit du côté de l'état général, soit du côté de la matrice; l'antipyrine a été prescrite plutôt pour tenter une expérience que pour obéir à une indication quelconque et l'échec a été constant.

Je crois pouvoir conclure que l'antipyrine n'est pas un anesthésique obstétrical. Lorsque le travail est normal, son administration ne donne aucun résultat. Cette substance n'est pas, par conséquent, comparable au chloroforme qui agit quel que soit l'état des parturientes.

Par contre, en sa qualité d'analgésique, l'antipyrine combat efficacement *certaines complications douloureuses* du travail que je vais rapidement passer en revue.

On sait que contraction utérine et douleur ne sont pas, malgré les conventions usuelles du langage, des termes synonymes. Des contractions fortes et régulières sont parfois à peine perçues; dans d'autres cas, un excès de douleur et l'agitation qui en est la conséquence paralysent pour ainsi dire la contraction utérine qui, en réalité, malgré les manifestations bruyantes de la femme, est presque nulle, irrégulière et inefficace. Supprimer

(1) LAGET (*Soc. de Biologie*, 24 décembre 1887, et *Marseille Médical*, 30 décembre 1887). — QUEIREL. De l'antip. dans les accouch. (*Soc. de Méd.*, 13 mars 1888). — IMBERT DE LA TOUCHE. Infections d'antip. dans les accouch. (*Bull. de Thérap.*, 1888.) Vol. CXV, p. 81). FAUCHON (*Eod-loco*, p. 267. — AUVARD. De antip. en obst. (*Eod. loco*, p. 308).

(2) *Archives de tocologie*, juillet et août 1887, p. 505 et 573.

Digitized by Google

cet excès de douleur, *douleur pathologique* surajoutée à *la douleur physiologique inséparable de la contraction*, c'est rendre à la fibre utérine la liberté de se contracter; tel est le rôle de l'antipyrine.

Plusieurs circonstances peuvent provoquer ces douleurs excessives, notamment la susceptibilité nerveuse exagérée de la femme, l'écoulement prématuré des eaux, la lenteur anormale de la dilatation du col, la contraction spasmodique naturelle (fausse rigidité de Doleris) ou provoquée (ergot de seigle) du col ou du corps, et en général ce que les Anglais appelent un *tœdious labor*. Dans ces cas, l'antipyrine peut donner de bons résultats, comme les opiacés, la belladone, le bain prolongé, le chloral, la quinine.

Leur est-elle supérieure? Je crois que oui.

En envisageant de la sorte l'action de l'antipyrine administrée pendant le travail, on s'explique aisément les conclusions diamétralement opposées des expérimentateurs. On comprend aussi pourquoi Egbert Grandin (de New-York) objecte au Dr Auvard que, dans la *première période du travail*, l'antipyrine lui a souvent donné de bons résultats, ce qui, d'ailleurs, avait déjà été noté par Queirel. En effet, ce n'est que dans la période de dilatation que les circonstances énoncées plus haut se réalisent. Plus tard, lorsque la tête s'est engagée, qu'elle progresse dans l'excavation, lorsque la douleur est due surtout à la compression et à la distension exagérées du canal génital, ni l'antipyrine, ni l'opium, ni le chloral ne peuvent l'atténuer; ce qu'il faut alors, c'est l'abolition complète de la perception sensorielle centrale, ce que le chloroforme seul et ses congénères réalisent. Ainsi réduites, les indications de l'emploi de l'antipyrine pendant le travail n'en conservent pas moins une grande importance, et les occasions ne seront pas rares où l'accoucheur pourra l'utiliser avec profit.

Les services qu'elle peut rendre sont plus nombreux dans d'autres circonstances.

Lors de l'introduction de l'antipyrine dans la thérapeutique, plusieurs accoucheurs se sont demandé (Chiaza, de Florence; Clément, de Lyon) si on pouvait l'administrer sans danger aux femmes enceintes? Ce que nous savons actuellement de l'action analgésique de l'antipyrine, permettait de répondre affirmativement et d'espérer de son emploi des résultats heureux dans le traitement des fausses douleurs, de la fausse couche et des coliques *post-partum*.

En ce qui concerne les fausses douleurs, je possède aujourd'hui neuf observations se résumant ainsi : une femme dont la grossesse n'a présenté rien d'anormal est prise, vers la moitié du huitième mois, de douleurs analogues à celles du travail, et comme il est impossible de savoir exactement l'époque réelle de la grossesse, tout porte à croire que l'accouchement est imminent. Cependant, le toucher pratiqué deux et trois heures après le commencement des coliques, démontre que le col n'est pas effacé et est presque indifférent aux contractions les plus violentes. Ce sont donc de fausses douleurs; il faut les calmer et empêcher le travail de s'établir réellement. Dans ces conditions, l'antipyrine réussit à merveille. Je n'hésite pas à la proclamer supérieure aux lavements laudanisés comme efficacité et comme rapidité d'action.

Un autre cas se présente : il y a des femmes qui, pendant la grossesse, ont comme un souvenir de leurs règles ; tous les mois, à l'époque présumée de la menstruation, elles sont prises de coliques violentes qui font redouter une fausse couche, d'autant plus qu'elles sont souvent accompagnées de quelques gouttes de sang. J'ai publié une observation de ce genre où les opiacés et le repos prolongé n'avaient donné aucun résultat. L'antipyrine a parfaitement calmé les douleurs et la grossesse est arrivée heureusement à son terme.

De ces cas à l'avortement imminent il n'y a qu'un pas à faire; l'antipyrine administrée comme antiabortive m'a souvent donné des résultats aussi favorables, mais non aussi constants. En présence d'un cas de fausse couche, on ne sait presque jamais au juste si elle *est encore évitable* ou si elle *ne l'est plus;* si l'œuf est déjà complètement détaché ou à peu près, l'antipyrine échoue, mais elle échoue là comme un autre remède aurait également échoué. Par contre, je l'ai vu réussir dans certains cas qui avaient résisté à la thérapeutique classique.

Avant de perdre tout espoir de conjurer un avortement et surtout — remarque importante — d'en précipiter la marche, il sera donc utile de s'adresser à l'antipyrine; cela peut avoir des avantages et n'a jamais d'inconvénients.

Il est un autre ordre de faits qui a beaucoup de ressemblance avec la fausse couche et où, si son efficacité était démontrée, l'emploi de l'antipyrine constituerait un progrès thérapeutique considérable, je veux parler du placenta *prævia*. Malheureusement, je n'en possède que deux observations, ce qui est trop peu pour en tirer des conclusions sérieuses. Dans l'un de ces faits qui a été observé par mon confrère, le Dr Sciaky, il s'agissait d'une femme qui a présenté à quatre, six et sept mois des hémorragies dépendantes d'une insertion vicieuse du délivre. A trois reprises, l'antipyrine a modéré et arrêté l'hémorragie. L'autre cas, que j'ai vu d'urgence avec les docteurs Sciaky et Jacques-Bey, est celui d'une femme qui avait déjà eu une hémorragie insignifiante à six mois. Vers la fin du huitième mois elle est prise d'hémorragie abondante avec contractions utérines; le toucher faisant constater que le col était dilaté comme une pièce de cinq francs et que le délivre y était implanté sur tout son pourtour. L'administration de 3 gr. d'antipyrine — 1 gr. chaque demi-heure — diminuat les contractions et arrêta l'hémorragie; l'accouchement se termina simplement six heures après et sans perte appréciable.

Digitized by Google

Ces deux faits ne sont pas sans doute suffisamment démonstratifs. L'hémorragie produite par le placenta *proevia*, dans le cours de la grossesse, s'arrête d'elle-même le plus souvent, d'autre part, elle est maîtrisée dès que la tête s'engage dans l'excavation. Il s'agissait peut-être d'une simple coïncidence, mais la gravité souvent excessive de l'insertion vicieuse du délivre, m'a semblé un motif suffisant pour appeler sur ces deux faits l'attention des praticiens.

L'idée de combattre les coliques *post partum* par l'antipyrine est essentiellement française et appartient à M. Chouppe (1) qui a montré la possibilité de combattre et de prévenir de cette façon les coliques provoquées par l'administration de l'ergot de seigle. Je crois cependant avoir été le premier à insister sur cette action de l'antipyrine au moyen d'un nombre considérable de faits (56 observations). Un mois après la publication de mon mémoire, M. Paolo Negri (de Venise) a publié une note (2) dans laquelle il déclare que l'antipyrine employée dans les suites des couches est exempte de tout inconvénient et que dans sa clinique elle a remplacé tout autre remède pour combattre ces coliques puerpérales. En ajoutant a mes observations les faits relatés par mes confrères de Salonique, c'est par centaines qu'il faut les compter aujourd'hui. L'antipyrine est donc un moyen précieux pour calmer les tranchées qui succèdent à l'accouchement; elle est infiniment supérieure aux moyens classiques, opiacés, belladone, etc. et n'offre point de danger, sauf dans quelques cas rares d'une intolérance spéciale que rien ne peut faire prévoir. Pour mon compte, je n'ai pas encore rencontré un seul cas jusqu'à présent.

L'antipyrine échoue néanmoins quelquefois; quel est le remède qui réussit toujours? Il en est des tranchées utérines *post-partum* comme des douleurs du travail : toutes les femmes ne les supportent pas également; il faut compter aussi avec l'idiosyncrasie des femmes qui, nullement nerveuses, ont cependant le triste privilège de les ressentir à toutes leurs couches. D'autres circonstances peuvent d'ailleurs en augmenter l'intensité : multiparité, distention exagerée de la matrice, rapidité du travail, etc., mais en présence de coliques utérines anormales il faut d'abord songer à deux causes : l'administration d'une dose exagerée ou non d'ergot de seigle, la retention dans la matrice d'un fragment de délivre ou d'un caillot.

Quelles sont les circonstances qui indiquent l'emploi de l'antipyrine et expliquent ses succès et ses échecs? Il m'a été impossible jusqu à présent de répondre à cette question. Je l'ai vu réussir dans plus de 95 pour 100 des cas sans pouvoir parvenir à me rendre un compte exact de la cause des rares insuccès. La seule chose que je suis en mesure d'affirmer, c'est que l'apaisement de la douleur est absolument constant dans les cas où les coliques sont provoquées et entretenues par l'administration de l'ergot : 16 cas, 16 succès.

Il me reste maintenant à dire un mot de l'administration de ce médicament. Je donne en général 1, 2 ou 3 grammes d'antipyrine à une heure d'intervalle; lorsque le cas est plus urgent, comme pendant le travail, je réduis à une demi heure d'intervalle entre chaque dose. D'ordinaire 2 grammes suffisent (75 pour 100 des cas). Chez les dyspeptiques qui vomissent facilement l'antipyrine, il est préférable de recourir à la voie rectale en administrant un, deux ou trois lavements de 2 grammes d'antipyrine dissoute dans 120 grammes d'eau et cinq gouttes de laudanum. Je n'ai que très peu employé les injections hypodermiques qui sont douloureuses et qui ne m'ont pas semblé supérieures aux autres modes d'administration.

(1) *Soc. de Biologie*, 19 novembre 1887.

(2) Sull'uso del l'antipirina nel puerperio, (*Annali di Ost. e Ginec.* 1889. p. 384.) Voir aussi : Pinsani. Azione del l'antip. sull'uso durante il parto e il puerperio.

CLINIQUE MÉDICALE

La contagion de la phtisie pulmonaire avant la doctrine parasitaire (1)

par le Dr de SANTI, *médecin-major*

Quant aux agents de transmission de la tuberculose pulmonaire autres que l'air expiré, leur action était diversement interprétée. Pour *les sueurs*, en particulier, les auteurs expriment des réserves formelles. Morton dit bien : « *Pthisis originaria miasmate quodam lecti socios inquinare observatis constat* » (2), et, d'ailleurs, les faits de transmission entre époux étaient considérés comme habituels, mais c'est encore ici l'air, l'haleine du malade, le baiser surtout, plutôt que les sécrétions cutanées, qui sont incriminés. Lieutaud (3) témoigne même son scepticisme à ce sujet : « *Nemo nescit pthisim inter consanguineos propagari*, dit-il ; *sed num pertimescendum sit illud contagium in conjugio nondum liquet* ».

Fracastor cependant, et à sa suite les épidémiologistes espagnols, contagionistes à outrance, considèrent comme infectés et susceptibles de transmettre la phtisie, les vêtements qui ont reçu la sueur du malade. Le médecin italien dit même avoir observé des accidents de transmission de ce genre; mais Escobar se montre plus réservé; il veut bien et recommande, par mesure de précaution, qu'on considère les vêtements et surtout le linge de corps d'un phtisique comme suspects et qu'on n'en fasse point usage avant de les avoir désinfectés par le

(1) Fin : Voir nos 16 et 18.

(2) Morton. Pthisiologia, seu exercitationes de pthisi. Lib 2, cap. 1.

(3) Lieutaud. Synop. t. I.. f. 185.

Digitized by Google

lavage et les fumigations sulfureuses, mais il estime que leur contagiosité n'est point démontrée et qu'en tous cas ces objets perdent leur virulence au bout de trois ou quatre semaines.

En revanche, pour les *crachats*, l'accord est parfait. Tous les auteurs les considèrent comme une source d'infection redoutable, comme le véhicule de l'agent contagieux, si bien même que leur odeur est regardée comme dangereuse. On a vu plus haut un fait rapporté par Montanus ; Van Swieten n'est pas moins explicite quand il accuse les émanations des crachats : « *putridus sputorum habitus* ».

Il y a là évidemment une exagération, mais il n'est pas moins curieux de constater que, deux siècles avant la découverte du bacille, c'est le crachat que des médecins, armés de la seule observation clinique et du raisonnement, accusaient d'être l'agent de la propagation et de la diffusion du germe infectieux de la tuberculose. Les travaux de Koch, de Sormani, de Schill et Fischer, de Tappeiner, de Richard, de Galtier, de Strauss et Dubreuil, de Cadéac et Malet, et enfin de Cornet, n'ont donc fait que confirmer des observations déjà anciennes que Escobar résumait par ces mots : « Les crachats conservent en eux-mêmes le vice qu'ils ont puisé à la source de contage... », et plus loin : « Il est manifeste que les crachats pelotonnés, purulents, fétides, que rejettent les phtisiques à la dernière période, sont *le foyer central de la contagion*, c'est pourquoi il faut se préserver de leurs méfaits *en les brûlant* » (1).

Jamais peut-être l'indication hygiénique et prophylactique qui résulte des études bactériologiques sur la tuberculose et que l'Académie de médecine formulait encore il y a quelques jours, jamais, disons-nous, cette indication n'a été posée avec tant de netteté que par ce médecin espagnol du XVIIIe siècle.

Cela nous conduit à dire un mot des doctrines et des tendances qui ont régné et règnent encore en Espagne en matière d'épidémiologie.

M. Germain Sée, dans la discussion à laquelle je faisais plus haut allusion, a produit à la tribune de l'Académie un document qui a excité un certain étonnement. C'est une ordonnance de police rendue au siècle dernier par le roi de Naples et promulguée également en Portugal au sujet des précautions à prendre pour éviter la propagation par contagion de la phtisie pulmonaire.

Cette ordonnance prescrit la déclaration obligatoire par les médecins, de tous les cas de phtisie, sous peine d'une amende de 100 ducats et, en cas de récidive, de bannissement, l'isolement des phtisiques, l'incinération de leurs vêtements et de leur literie et l'interdiction des maisons dans lesquelles des phtisiques ont succombé.

Or des règlements analogues existaient déjà au XVIe siècle, non seulement en Portugal et dans le royaume de Naples, mais dans toute l'Espagne, où les municipalités veillaient avec une extrême sévérité à leur exécution.

Ces mesures, prises au début par les juntes sanitaires des ports du littoral méditérranéen pour prévenir l'importation des maladies contagieuses du Levant, en particulier de la peste, ne tardèrent pas à se généraliser dans toute la Péninsule. C'est ainsi que, dès 1598, on trouve un édit de don Juan de Zuniga, comte de Miranda, président du conseil suprême d'Italie, prescrivant à Madrid, l'incinération des vêtements de tous les individus morts d'affections suspectes.

Les Espagnols, maîtres de la majeure partie de l'Italie, y apportaient, à Naples principalement, leurs doctrines et leur législation sanitaire et il est probable que l'ordonnance citée par M. G. Sée ne fut que la copie ou la paraphrase des ordonnances de police des vice-rois espagnols.

C'est qu'en effet l'Espagne, dominée par l'inquisition, sous un gouvernement monarchique absolu qui semblait avoir pris à tâche de l'isoler du reste de l'Europe, l'Espagne, au physique comme au moral, se défendit pendant trois siècles contre toute importation étrangère ; le feu fut son moyen de défense. Elle éleva une véritable barrière de feu non seulement contre les idées, mais contre le commerce et contre les maladies qui pouvaient lui venir du dehors et elle se purifia par le feu de tout ce qui l'avait contaminée. On sait qu'en dix-huit ans, dans la seule Castille, il y eut 10,000 condamnés brûlés vifs, 7,000 brûlés en effigie. A la fin du XVIIe siècle, la population de l'Espagne était réduite à 6 millions d'habitants à peine. Le feu était si bien entré dans les mœurs qu'on l'appliquait indistinctement, comme un remède souverain, le saint-office aux hérétiques, les juntes sanitaires aux marchandises et aux vaisseaux, les chirurgiens au traitement des plaies.

C'est en effet d'Espagne que nous est venue, par l'intermédiaire des Arabes, la chirurgie par le fer rouge. Daza Chacon, le chirurgien de S. M. Catholique, bien qu'il eut vu les résultats de la pratique de Poré et de Maggi (1), a de la peine à abandonner

(1) Perez de Escobar, (*loc. cit.*, p. 281.)

(2) *Académie de médecine* Séance du 7 janvier 1890.

(1) Daza Chacon raconte en effet (*Tratado de practica y teorica de cirurjia*, 1609) qu'il y eut, sous Philippe II, un chirurgien italien très expérimenté qui se mit à traiter les plaies d'armes à feu d'une manière toute nouvelle, ne martyrisant pas les blessés avec des caustiques, mais les guérissant en peu de temps. Il appelle ce chirurgien Micer Batholome. C'était probablement Barthelemy Moggi, le même peut-être duquel Paré apprit sa méthode.

Digitized by Google

les errements de Vigo et de Vesale et recommande encore de « *cocer la herida* », cuire la plaie. Tous les épidémiologistes brûlent les maisons contaminées et les vêtements des malades ; parfois même le malade est brûlé par la populace.

Il n'est donc pas étonnant, avec de telles mœurs, que la phtisie pulmonaire, affection à allures suspectes, fût traitée en hérétique par les médecins ; mais cette fois, du moins, la suspicion était légitime. Ce que nous avons voulu montrer, c'est que la rigueur des mesures sanitaires à l'égard de la tuberculose pulmonaire a été beaucoup moins en Espagne le résultat d'études ou d'observations spéciales — ces observations n'ont jamais été faites (1) — que des tendances particulières et de l'esprit de défiance générale des Espagnols.

Quoi qu'il en soit, les épidémiologistes de ce pays, Masarias, Saxonia, Moles, Villacosta, sont nettement contagionistes à l'égard de la tuberculose. Ils partagent même l'opinion de Fracastor au sujet des vêtements et des objets qui ont été en la possession des phtisiques. Mais l'auteur qui, à ce point de vue, a fait preuve de la plus judicieuse clairvoyance, est assurément Escobar. On a vu qu'il préconise la désinfection des vêtements des phtisiques et la destruction de leurs crachats.

Revenant sur ce dernier point, comme pour mieux montrer toute l'importance qu'il donne aux crachats dans la propagation de la maladie, il écrit : « *Sont suspects les linges et les étoffes dans lesquels ils ont expectoré, comme tous les objets sur lesquels ils ont craché, c'est pourquoi un phtisique ne devrait jamais cracher que dans un crachoir qu'il porterait toujours à la main* », et il ajoute encore : « *Los escupideras, palancanos, vasos, tazas y cucharas se fregaran y limpiaran como acostumbran las mugeres prolixas* », c'est à dire : « Les crachoirs, bouteilles, vases, tasses et cuillères seront frottés et nettoyés comme ont coutume de le faire les ménagères ».

C'est, si on y ajoute la désinfection des crachats, la conclusion à laquelle ont abouti les bactériologistes actuels.

Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'en Espagne ces dénonciations contre la tuberculose ne sont pas demeurées à l'état de recommandations stériles. Nous avons dit que les municipalités veillaient strictement à l'observation des règlements de police concernant les phtisiques ; dans nombre de villes les tuberculeux furent traités à l'égal des pestiférés et des lèpreux ; le séjour et l'accès de la ville leur étaient absolument interdits.

(1) Escobar lui-même, le plus convaincu des contagionistes, avoue qu'en 30 ans il a à peine observé six cas de contagion ; encore les faits qu'il rapporte n'ont-ils aucun rapport avec la phtisie.

Un document curieux et qui semble avoir passé inaperçu, nous prouve que ces mesures à l'égard de la tuberculose se sont continuées de nos jour et se continuent peut-être encore à l'heure présente en Espagne. C'est le récit que fait George Sand de son voyage avec Chopin malade, traînant au soleil de l'Espagne la phtisie pulmonaire à laquelle il ne devait pas tarder à succomber. A peine installés dans un hôtel, les voyageurs reçurent du magistrat municipal l'ordre de quitter sans délai la ville, les règlements sanitaires n'en permettant pas l'accès à un phtisique. Il fallut obéir à cet ordre barbare et je crois même que les infortunés voyageurs durent payer à l'hôtelier le prix de la literie et de l'ameublement de la chambre, condamnés à l'auto-da fe, à moins toutefois que ce scrupule hygiénique n'ait été de la part de l'ingénieux maître d'hôtel, qu'un moyen de grossir sa note.

Ce n'est donc point de nos jours seulement que la tuberculose a été considérée comme une maladie contagieuse et qu'on a pris, pour se défendre de ses atteintes, des mesures coercitives. A ce sujet, comme en bien d'autres dans l'histoire des doctrines médicales, on peut dire : les hommes passent, mais les idées restent.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

MÉDECINE

Les épileptiques arithmomanes par M. le Dr A. CULLÈRE. Parmi les anomalies physiques fort variées constituant le caractère épileptique encore une qui n'avait pas encore été signalée : l'*arithmomanie*.

Ce phénomène consiste en une impulsion à compter les nombres quelconques à calculer surtout les divisions du temps, jours, minutes, secondes, mois, années, siècles, ou bien à faire des calculs arithmétiques en rapport avec les occupations habituelles ou des professions. (*Ann. med. psych.* janvier 1890).

Les déséquilibrés héréditaires sont sujets, c'est connu, à ce phénomène, qui chez eux prend la forme d'une obsession pénible et empressante. L'arithmomanie des épileptiques n'est point accompagnée de malaise. « C'est selon l'expression de notre savant confrère, une sorte de prurit intellectuel » auquel « ils cèdent sans résistance. » Ajoutons ce qui démontre le caractère pathologique du phénomène, que les calculs de ces arithmomanes sont généralement faux. S. R.

Le clou phymique, sa valeur diagnostique par MM. COMBEMALE et LEFRANÇOIS. — Ce signe consiste dans une sensation de douleur provoquée au niveau des fosses sus et sous-épineuses, de l'espace interscapulaire, de la fosse sous claviculaire ou de la pointe de l'omoplate, par une compression exercée sur le trajet du pneumo-gastrique. La dyspnée et même un accès de suffocation peuvent l'accompagner. M. Filleau attribue à ce signe une valeur diagnostique au début de la tuberculose pulmonaire. (*Bulletin med. du Nord* 11 avril 1890) que MM. Combemale et Lefrançois ont voulu vérifier.

Dans une série de vingt-deux malades atteints de tuberculose des voies aériennes (larynx, plèvre, poumon) aux diverses périodes, ce signe fit défaut vingt fois. Par contre, ils l'ont trouvé sur une malade non tuberculeuse. Conséquemment, le clou phymique n'est point un signe constant de la tuberculose pulmonaire. On doit le rechercher, mais sans lui attribuer la valeur pathognomonique dont il est dépourvu. S. R.

Digitized by Google

REVUE DES LIVRES

Notice sur les eaux minérales de La Motte-les-Bains, par M. le Dr P. de LANGENHAGEN, (Grenoble, 1890, Drevet).

La petite brochure de notre distingué confrère énumère brièvement les vertus et les indications multiples du climat et des eaux trop peu usitées de La Motte.

Cette station est modeste. Elle fait rarement parler d'elle, et cependant, elle rend des services contre les affections internes : la syphilis, la scrofule, la goutte, le rhumatisme. Il serait donc désirable que ses eaux soient mieux appréciées. M. de Langenhagen s'efforce de le démontrer dans cette brochure. Il faut l'en remercier pour le bien des malades et pour le bon renom de l'hydrologie française dont on oublie trop les ressources au profit des eaux minérales étrangères. Il y a là une question d'intérêt national et patriotique. CH. E.

De l'action des climats maritimes dans les affections tuberculeuses, par M. Dr HAMEAU. (Paris, 1890, O. Doin.)

Ce mémoire a été écrit avec une impartialité qui, je n'en doute pas, contribuera à faire partager par le lecteur les opinions si judicieusement exprimées par M. Hameau. Notre éminent confrère possède l'expérience de ces climats; mais il ne se contente pas de faire connaitre ce qu'il a vu; il invoque aussi les statistiques; il invoque de plus le témoignage des auteurs qui, durant ces dernières années, ont montré l'efficacité du séjour sur le littoral pour combattre les manifestations cutanées, osseuses, articulaires et ganglionnaires de la scrofulose.

Puis, ce n'est pas tout; M. Hameau, qui exerce à Arcachon, ne manque pas, fort à propos d'ailleurs, de combattre les assertions de ceux qui préconisent les climats d'altitudes et sacrifient trop volontiers à leurs mérites exagérés les avantages incontestables de l'atmosphère maritime, mitigée ou non, ici excitante sur la plage, là sédative dans les vallées abritées qui avoisinent le littoral. On lira avec intérêt ce mémoire et, sans nul doute, on rendra volontiers hommage à l'auteur si impartial qui l'a écrit.

CH ELOY.

REVUE PROFESSIONNELLE

I. La caisse des pensions des retraites. — II. Incompatibilité légale des fonctions de maire avec celles de médecin d'hôpital.

I. **La caisse des pensions des retraites.** — Cette année, comme les précédentes, cette Société a tenu sa séance annuelle le 13 avril, jour où l'Association générale des médecins de France tenait la sienne.

La situation de cette Société est prospère, ainsi qu'il en résulte du rapport de notre confrère bordelais M. Verdalle. Voici les chiffres produits par l'honorable trésorier :

Recettes. — Jusqu'au 12 avril; cotisations, 219,297 fr. 35; dons, 3,150 fr.; profits et pertes, 448 fr. 28; intérêts des valeurs, 29,318 fr. 15; remboursements et amortissements, 493 fr. 90; *au total* : 247,707 fr. 68.

Dépenses. — Portefeuille, 236,217 fr. 40; frais généraux, 7,808 fr. 63; remboursement, 2,896 fr. 60; reste en caisse, 784,75. Au total, 247,707 fr. 68.

D'après les prévisions pour l'année 1890, le budget sera de 260,000 fr., et on peut espérer que dans quatre années la caisse servira ses premières retraites.

M. Verdalle se félicite de ces résultats. En effet, ils font honneur à l'initiative des membres de la Société.

Il ajoute cependant les réflexions suivantes :

« Je regrette que la presse médicale, qui devrait être soucieuse des intérêts de la profession, reste indifférente dans des questions de ce genre et ne s'occupe guère plus de nous que si nous n'existions pas. N'est-ce donc vraiment pas un résultat que deux cents médecins de France se réunissent en Société d'assurances, versent environ 40,000 francs de cotisations annuelles et forment ainsi en quelques années un capital de 250,000 francs? N'y a-t-il vraiment pas là de quoi faire réfléchir nos journalistes, et n'est-ce pas aussi intéressant que bien des discussions même académiques ? »

Ce jugement paraît bien sévère pour l'Académie d'abord et pour la presse médicale ensuite (1).

II. **Incompatibilité légale des fonctions de maire et de celles de médecin d'hôpital.** — Cette question a été discutée par la Société locale de Seine-et-Marne. Le conseil judiciaire de cette Société a donné, sur ce sujet, la consultation suivante, dont les conclusions ont été ratifiées par M. Vannesson, conseil judiciaire de l'Association des médecins de France :

« En principe, il ne paraît pas douteux qu'un médecin d'hôpital, alors même qu'il est payé sur des subventions fournies par la commune, peut être conseiller municipal. La raison en est que l'article 33 de la loi de 1884, en excluant les agents salariés de la commune, fait une exception formelle pour les personnes exerçant une profession indépendante, et qui reçoivent de la commune une rémunération pour les soins rendus dans l'exercice de cette profession.

» Ce médecin d'hôpital qui peut, sans aucun doute, être nommé conseiller municipal, peut-il être nommé maire? A ne consulter que l'article 76 de la loi municipale, on serait tenté de répondre affirmativement, ce texte décidant que le maire doit être nommé, sans distinction, parmi les conseillers municipaux. Mais, d'après la loi du 5 août 1879, la question semble plus douteuse.

» Le maire étant, de droit, membre de la commission administrative des hospices (loi du 5 août 1879), laquelle a autorité sur les médecins des hospices, il y a incompatibilité formelle entre la fonction de maire et la situation de médecin d'hôpital. C'est l'application d'un principe général formulé par la loi du 24 vendémiaire an III (Titre II, art. 10) : « Aucun citoyen ne pourra exercer ni concourir à l'exercice d'une autorité chargée de la surveillance médiate ou immédiate des fonctions qu'il exerce dans une autre qualité.

» Ce principe ne comporte, en droit strict, aucun tempérament, et les circulaires ministérielles qui, dans un intérêt essentiellement pratique, ont admis le cumul des fonctions, sous la condition de se faire suppléer comme médecin, peuvent être critiquées. Si donc, la question d'incompatibilité se posait devant un tribunal, il paraît très probable qu'elle devrait se résoudre dans le sens le plus rigoureux. »

S. R.

ANATOMIE CHIRURGICALE

L'Encéphalomètre

Par M. le Dr ZERNOFF, Professeur à la Faculté de médecin de Moscou.

Le premier essai pour déterminer la position des différentes parties de l'hémisphère et des os du crâne, a été fait par Bischoff (*Die Grosshirnwindungen des Menschen*, etc., München, 1886). Au moyen de goupilles métalliques, piquées dans le crâne, il a pu obtenir la position relative de chacune de ces parties. Puis, au commencement de l'année 1870, M. Laudzert, de l'Académie médicale de Saint-Pétersbourg, proposa au docteur Hettler de désigner la position des circonvolu-

(1) Notre estimé confrère peut parcourir la collection de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*. Il y constatera qu'avec son indépendance habituelle, le *Journal des praticiens* a tenu ses lecteurs au courant de la situation de la Société, dont il est l'habile trésorier. Serait-ce là de l'indifférence ?

N. D. L. R.

Digitized by Google

tions et des sillons du cerveau par une méthode très exacte, copiant les os et la surface du cerveau sur un appareil de M. Lucas. Les résultats obtenus par Heftler ont été publiés dans la seconde livraison de *Beitrage zur Anatomie und Histologie*, 1878. Broca et Ecker entreprirent de semblables recherches par la méthode moins parfaite qu'emploie Bischoff, méthode qui consiste à piquer certains points des sutures du crâne avec une goupille métallique. Turner (Angleterre) et Horsley (Amérique) essayèrent dans le même but, de trépaner le crâne en différentes parties ou de scier des morceaux du crâne. Les résultats de toutes ces recherches sont en désaccord, comme le dit Schwalb, et ne peuvent servir qu'à déterminer quelques points spéciaux de la surface de l'hémisphère, comme la scissure de Sylvius, la scissure de Rolando, la scissure pariéto-occipitale.

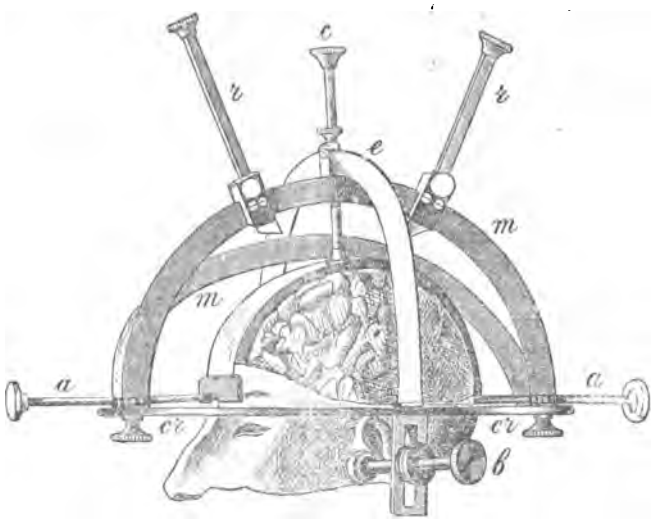
Leur défaut principal ne consiste pas dans ce désaccord, mais en ce que les points de départ sont les sutures et les protubérances du crâne. Les sutures sont très difficiles et même tout à fait impossibles à découvrir chez l'homme. Quant aux protubérances, elles sont trop vastes pour servir de repère. La nécessité de meilleurs points de repère était évidente. Elle se fait sentir dans l'essai de M. Piacomini (*Guida allo studio dell' circonvoluzione cerebrali dell'uomo*, Torino, 1884) cherchant à indiquer la position du sillon du Rolando à l'aide d'une ligne tracée devant l'oreille externe perpendiculairement à la ligne sagittale du crâne. Les conseils donnés par M. Horsley pour la recherche des sutures du crâne chez l'homme montrent l'imperfection de cette méthode. Aussi, avouant l'impossibilité de trouver aisément la suture fronto-pariétale, il conseille de s'en tenir à quelques protubérances placées, comme il le dit, parallèlement à cette suture, à la surface des os pariétaux et du frontal. Puis pour trouver le ptérion tout à fait impossible à palper, parce qu'il est recouvert par le muscle temporal, Horsley conseille de se maintenir à égale distance entre l'axe zygomatique d'un côté et le stéphanion (presque la ligne temporale) de l'autre. La valeur de ces désignations démontrée est une inspection superficielle des crânes.

Le stéphanion que Horsley propose pour trouver le ptéryon, existe le plus souvent; mais il est très rarement bien exprimé. De plus, il est sensiblement séparé de la *linea temporalis*, de même que les élévations de la suture fronto-pariétale sont, pour la plupart, ou faiblement apparente ou n'existent pas du tout; le crâne alors est tout à fait rond, en sorte qu'on ne peut le palper que d'une manière imparfaite.

En mesurant la distance entre le ptéryon, le stéphanion et l'axe zygomatique sur quinze crânes, l'indication de Horsley se justifia une seule fois. Sur tous les autres crânes, la distance était inégale. Horsley même, pour désigner le sillon de Rolando, se sert d'un autre mode d'orientation. Il mesure la moitié de la distance entre la glabelle et la protubérance occipitale. Puis, d'un point situé en arrière de la moitié, à 1,5 cent., il désigne, à l'aide d'un goniomètre la direction du sillon. D'après lui, ce sillon forme un angle à 67° avec la ligne médiane. Indépendamment de la difficulté de la recherche des sutures du crâne et de l'application du mode d'orientation, on peut reconnaître qu'elles changent de place dans des limites considérables, selon les diverses dimensions des os de tel ou tel individu; d'où l'impossibilité de reconnaître si le déplacement du sillon et celui des sutures s'effectuent avec accord. Afin de m'éclairer au sujet du déplacement des sutures du crâne, j'ai mesuré la longueur des os du couvercle du crâne. Comme des chiffres absolus pouvaient être peu démonstratifs, j'ai pris la dimension des os dans l'étendue de la section sagittale du crâne, pour obtenir la grandeur relative des os. Quelques observations nous ont démontré déjà que la suture fronto-pariétale peut se déplacer en avant, et — cela dépend de la grandeur de l'os frontal — presque de 5 1/2 0/0 de la longueur générale de suture sagittale du crâne, c'est-à-dire à 2 cent., si la suture sagittale du crâne a 364 millimètres. Suivant la suture lambdoïde, en raison des variations de ses dimensions, l'occipital se déplace dans les limites de 3 1/2 cent. à peu près. Des points de repère susceptibles de se déplacer dans une telle mesure ne peuvent nous guider pour la désignation des parties profondes de la tête.

Il fallait donc chercher d'autres points plus précis et plus faciles à trouver. C'est ce que Horsley a fait pour le

Fig. I.



sillon de Rolando en proposant de prendre comme guide la moitié de la distance entre les points faciles à trouver, c'est-à-dire de la racine du nez et la protubérance occipitale. Il emploie cette méthode uniquement pour le sillon de Rolando; quant aux autres, il les désigne par les sutures et les protubérances.

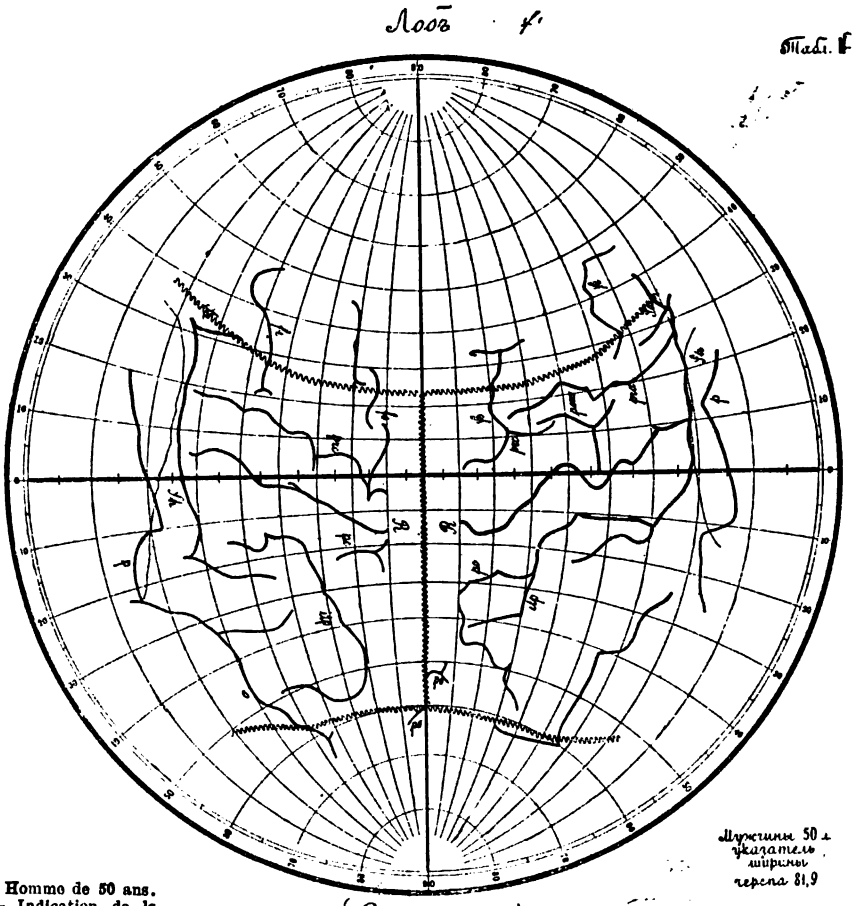
Je me suis décidé à renoncer aux sutures et à choisir d'autres points anatomiques en combinant leurs usages avec une désignation géométrique de certains points du couvercle du crâne ou de la surface du cerveau. A cet effet, j'ai imaginé un instrument à l'aide duquel on peut prendre les empreintes, reproduire les sillons du cerveau ou les sutures du crâne et les représenter sur le planiglobe comme on le fait pour désigner la surface du globe terrestre. Par cette méthode, on indique par

Digitized by Google

des degrés de longueur et de largeur la position des points de la surface du cerveau. Pour pouvoir comparer les cas et juger de leur analogie, il faudrait que la surface globuleuse sur laquelle on indiquera l'image du crâne ou du cerveau, eût toujours la même position relative à certains points anatomiques faciles à trouver. Comme tels, j'ai choisi : 1° le point frontal de Broca, 2° la protubérance occipitale, 3° le conduit auditif externe.

Pour quels motifs, me suis-je tenu à ces points? Simplement à cause de leur commodité pour l'application de mon instrument sur la tête. Quant à leur valeur anatomique, ces points ne sont pas irréprochables. Néanmoins, ils sont plus justes que les sutures et, ce qui est intéressant, se trouvent sur la ligne anatomique partageant la base du crâne avec le couvercle. Quant à la relation de ces points avec l'encéphale, elle n'est pas constante, quoique le point frontal correspondre toujours assez exactement au niveau moyen de la surface inférieure des lobes frontaux. La protubérance occipitale répond aux extrémités postérieures des lobes occipitaux; il est reconnu que ces derniers occupent les parties supérieures de la surface interne de l'os occipital et que leurs extrémités se trouvent justement au-dessus du milieu de la protubérance occipitale externe correspondant en général exactement au milieu de la protubérance interne. Quant aux conduits auditifs externes, ils se déplacent dans leurs positions verticales et horizontales; mais cette circonstance n'a aucune influence sur le résultat des recherches, elle est atténuée par le mécanisme de l'appareil.

Fig. II. — Front.



Homme de 50 ans. — Indication de la largeur du crâne 81,9)

OCCIPUT

Mon appareil ou *encéphalomètre* consiste en un cercle métallique formant la base de l'instrument (*cr.* fig. I) Il est fixé dans le plan horizontal qui part du point frontal de Broca et la protubérance occipitale. Pour maintenir ce cercle dans la position indiquée, il est muni de deux goupilles (*a*, *a*, fig. I). Celle de devant se termine par une lame à deux pattes, qu'on passe sous les bords supérieurs de l'orbite. A la goupille postérieure est fixé un disque sphéroïdal en caoutchouc durci, entourant la protubérance occipitale. L'inclinaison de l'occipital varie individuellement; c'est pourquoi le disque s'applique à la goupille à l'aide d'une charnière à boule.

Les goupilles sont graduées pour pouvoir chaque fois fixer le disque à la même distance des deux points du crâne. Pour donner à la base de l'instrument une position fixe, il existe un dispositif aidant à régler ses rapports avec le conduit auditif externe (*b*, fig. I). Enfin pour fixer définitivement l'instrument sur la base, se trouve un arc transversal (*e*, fig. I), ayant le même rayon que le disque de base s'appuyant par une goupille verticale (*c*, fig. I) sur le sommet de la tête. Cet arc gradué joue le rôle de l'équateur de la surface du globe, destiné à recevoir le dessin du cerveau. Comme dans ce cas le point frontal et la protubérance occipitale représentent les pôles du globe j'ai employé des goupilles qui les touchent pour fixer deux demi-cercles mobiles (*m*, *m*, fig. I) représentant les méridiens du globe. Les méridiens sont aussi gradués. Pour pouvoir désigner la projection de chaque point du crâne ou du cerveau sur la surface du globe figurée par les arcs de l'instrument, les méridiens sont pourvus de manchons mobiles avec guides (*r*, *r*, fig. I) dirigés selon les rayons du globe. Veut on désigner la position d'un point de la surface du crâne ou du cerveau? Je pose un des méridiens mobiles de façon qu'il traverse le point choisi, puis je déplace le rayon (*r*) de manière que l'extrémité tombe sur ce point. Comptant ensuite la longueur du point désigné d'après les divisions de l'équateur, puis

Digitized by Google

d'après celles du méridien, je note le résultat sur le réseau du planiglobe. On compte les degrés du milieu, c'est-à-dire de l'équateur pour les latitudes ou, du méridien longeant la suture sagittale du crâne et correspondant au premier méridien terrestre, pour les longitudes. De cette façon on peut désigner le nombre désiré des points de la surface du cerveau ou du crâne. En les reliant par des lignes, on obtient la projection des parties cherchées (fig. II).

Une série de ces projections donne le moyen de comparer la position relative des sutures et des sillons du cerveau. J'eus l'occasion de faire simultanément l'essai sur six cadavres et combinant les tracés obtenus j'ai dessiné la fig. III, qui présente la limite des variations individuelles dans la position des sillons cérébraux. La position moyenne de chaque sillon est aussi indiquée.

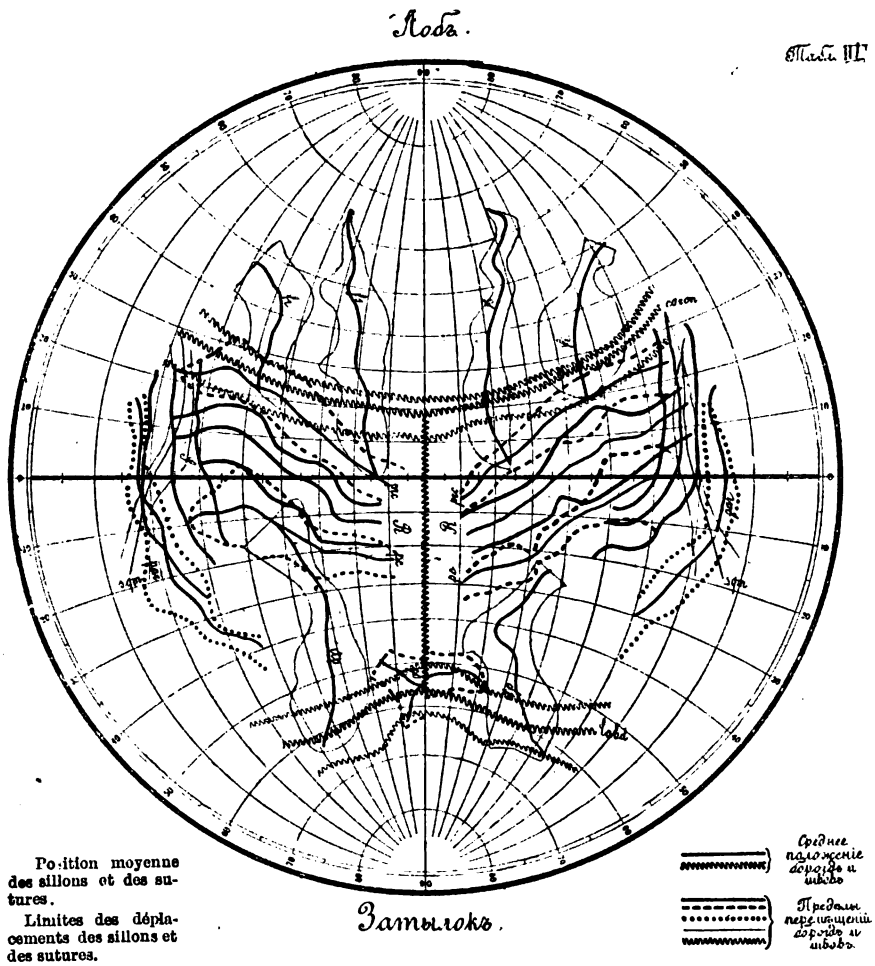
L'image est faite sur un réseau géographique et la position de chaque point est visiblement indiquée; aussi peut-elle servir de guide pour la recherche des endroits que l'on désire trouver. Je suis persuadé qu'ainsi on peut désigner la position des parties du cerveau chez l'homme vivant, par exemple en cas d'abcès du cerveau, choisir la place pour la trépanation. Pour m'assurer de l'exactitude de l'instrument, j'ai pratiqué trois trépanations sur des cadavres. Désignant d'abord sur le dessin, la longitude et la latitude (*a*) de la terminaison supérieure du sillon de Rolando, (*b*) et de la terminaison inférieure de la circonvolution centrale postérieure au-dessus de la branche horizontale de la scessure de Sylvius et (*c*) de la partie postérieure de la 3e circonvolution frontale j'ai posé l'instrument et trouvant ces points, je les ai marqués en noir sur la peau. Puis j'ai trépané le crâne. Ensuite, pour vérifier les résultats, le couvercle du crâne fut enlevé. Les résultats ont répondu à mon attente; sans la moindre erreur le trépan tomba sur les points indiqués sur le croquis.

Ici, je dois donner quelques explications au sujet du dessin qui le représente (fig. III). Il est composé de six observations; je ne puis le considérer comme parfait, c'est-à-dire exprimant toutes les variations possibles des sillons du cerveau. C'est plutôt un modèle pour d'autres applications. Il devait être établi d'après des observations plus nombreuses, parce que les variations individuelles de la position des sillons sont assez considérables. Je ne doute pas qu'à l'aide de cet instrument, on ne réussisse avec le temps à trouver plus exactement encore, non seulement les points de la surface du cerveau, mais aussi le siège exact de ses parties centrales.

Quant à l'instrument en lui-même, il présente, je le reconnais, quelques défauts. Je dirai seulement que le poids est considérable. Il pèse trois livres (1 kil. 200 gr.) ce qui est un inconvénient.

J'ai déjà un autre type d'instrument dont le poids ne dépasse pas 365 grammes. Cet instrument, fait d'aluminium, est muni d'un seul demi-cercle méridien, qui peut être transporté d'un côté à l'autre. Il ne pourra donc pas fatiguer le malade, surtout étant donné le peu de temps nécessaire pour effectuer l'opération.

Fig. III. — Front.



OCCIPUT

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

Kola et caféine

Nous recevons la lettre suivante qui précise nettement les épisodes du dernier débat académique :

Marseille, le 29 avril 1890.

Encore un mot sur le kola, et ce sera tout pour le moment; aussi bien il n'entre pas dans mes intentions d'éterniser le débat concernant l'action physiologique du kola. Je laisse à

Digitized by Google

l'avenir et aux expérimentateurs désintéressés dans la question, le soin de décider. Mais je ne puis laisser passer, sans y répondre, quelques misérables arguments de M. G. Sée que je relève dans sa réplique de mardi dernier à l'Académie de Médecine (1).

1° Pour prouver que j'étais tout d'abord d'accord avec lui, M. G. Sée dit que dans mes premières recherches sur le kola, je n'ai fait connaître que deux composants : *la caféine* et *la théobromine*, et qu'à la suite de recherches récentes, j'ai introduit *le rouge de kola*. Cela est inexact, et M. G. Sée m'eût épargné de lui infliger cette rectification, s'il avait pris le soin, avant d'avancer cet argument, de consulter mon travail sur les kolas (*Des Kolas africains*. Paris, Marpon et Flammarion, 1884), le seul que j'aie produit sur ce sujet. A la page 59, il eût trouvé le rouge de kola, et la preuve en est dans l'article *Kola* que j'ai écrit dans le *Dictionnaire encyclopédique* de Dechambre, où le *rouge* est l'objet d'une mention spéciale à côté et tout à côté de *la caféine* et de *la théobromine*, dont j'ai indiqué la présence et fixé les doses dans le kola. Par là, mon intention était de bien montrer que je le mettais sur un rang égal avec ces deux principes.

2° M. G. Sée persiste à s'attribuer *la priorité* de la découverte des propriétés de la caféine (contre la fatigue et l'essoufflement) et par sa discussion, il établit lui-même qu'elle m'appartient tout entière. En effet, de deux choses l'une : ou, comme il le prétend, la *caféine* est l'unique principe actif du kola ainsi que des autres aliments d'épargne (coca, thé, café, maté, etc.), et alors comme mon mémoire fixe la dose importante de *caféine* qui entre dans le kola, et, comme d'autre part, j'ai affirmé et prouvé, dès 1884, au Comité technique du service de santé de l'armée (qui a reçu le dépôt de ma formule) que le kola fait disparaître la fatigue et l'essoufflement des marches pénibles, il se trouve que, du même coup, j'ai fait connaître il y a six ans, tout ce que M. G. Sée a découvert il y a quelques jours à peine; ou bien, comme je le crois, outre l'action de la caféine *que je ne nie pas* et que j'ai indiquée dans le même mémoire sur le kola (62 et 63. Effets physiologiques), il y a d'autres actions dues peut-être à des principes contenus dans le *rouge de kola* et non isolés encore, qui font que cette graine peut s'employer à doses faibles et alors M. G. Sée n'a entrevu après moi, que la moitié de la vérité.

Tel est exactement l'état de la question. Il n'y a plus à la déplacer par des arguties. A ce propos et pour bien circonscrire et préciser ma manière de voir, je dois dire que certains journaux politiques et même quelques journaux de médecine dans leur analyse de la discussion sur le kola m'ont fait dire que la caféine n'est pas le principe actif du kola. Je serais heureux qu'on rectifiât en disant : « *Ce n'est pas le seul principe actif du kola* »; car c'est là ma pensée entière ; je n'ai jamais dit autre chose.

Je proteste également contre le mot *poison* employé par M. Sée à propos du kola, en parlant de l'usage qu'en font les Allemands. Le kola est un poison au même titre que le thé, le cacao, le café, qui ne peuvent pas être employés en nature et auxquels il faut faire subir des terrages, des fermentations et des torréfactions pour les rendre propres à l'alimentation humaine. Il fallait trouver le moyen d'employer utilement le kola et je l'ai fait. Voilà la vérité scientifique, telle que je l'ai mise au jour.

3° Enfin M. G. Sée dit quelque part dans sa réponse, qu'à propos du kola, « il ne s'occupe pas de la question industrielle ». Je suis quelque peu surpris de voir M. Sée introduire un pareil élément de discussion dans une question d'ordre purement scientifique, mais, il ne m'en coûte pas de lui répondre, avec la certitude d'être crû sur parole, que le côté industriel m'a occupé moins que lui encore. Tout le monde sait à Marseille et beaucoup de mes amis qui m'ont aidé de leur bourse le savent trop, que l'étude de cette question, dans son côté application, loin de devenir, comme d'autres plus privilégiés ou plus adroits, savent le faire sur des questions similaires, une source de profits — que je ne recherchais pas du reste,— a entraîné pour moi des dépenses relativement élevées.

Je ne regretterais pas de les avoir faites, si la France avait été la première ou la seule à en profiter. Au demeurant, je suis absolument convaincu que M. G. Sée dont le désintéressement scientifique est universellement connu, eût agi comme je l'ai fait moi-même.

C'est sur cette parole que je clos définitivement, en ce qui me concerne, un débat qui, j'en ai la certitude, ne restera pas stérile. Le temps fera sûrement son œuvre.

Dr Ed. Heckel
Professeur à la Faculté des Sciences et à l'Ecole de Médecine de Marseille.

(1) Au moment où cette lettre nous parvient, nous avons sous les yeux une thèse intitulée : *Étude physiologique de la caféine sur les fonctions motrices*, par M. Eug. Parisot (travail du laboratoire de M. Sée (Germain). Paris, 1890.

Ce mémoire, assez insignifiant, constitue, par ses omissions, un déni de justice flagrant à l'égard de quelques observateurs français qui se sont occupés de cette question depuis l'année 1882. M. Heckel a raison. Il y a des professeurs « dont le désintéressement scientifique est universellement connu »; seulement, dans les laboratoires où ils pratiquent, ils oublient d'enseigner aux élèves, par leurs leçons et par l'exemple, le respect dû à la propriété scientifique. Que M. Heckel nous en croie : il a les lieurs de son côté.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la colite chronique sèche (1)

Le traitement doit répondre à des indications multiples :

Il faut d'abord *faire cesser l'encombrement stercoral* qui entretient l'irritation de l'intestin. On sera souvent obligé de commencer par un purgatif, puis on maintiendra la régularité des selles en faisant prendre tous les deux ou trois jours suivant le besoin une des pilules suivantes :

Podophyllin.....	0,02 centigr.
Extrait de belladone.....	ãã 0.01 —
Poudre de racine de belladone	pour une pilule

ou un paquet de calomel de 0,40 à 0,50 cgr. Dans certains cas, le meilleur moyen est de donner au réveil une à deux cuillerées à bouche d'huile de ricin On rejetera les drastiques et les purgatifs salins qui ne peuvent être répétés sans inconvénients. Les lavements ne seront employés comme évacuants que d'une manière accidentelle, en cas d'insuffisance des laxatifs. Enfin, on s'occupera des maladies qui pourraient exercer une compression mécanique sur l'intestin.

Les moyens précédents ne sont que des palliatifs, dont on doit chercher à se passer le plus tôt possible en *stimulant les contractions du gros intestin* et surtout en

(1) Voir dans le numéro 18, p. 273, une Revue générale sur le même sujet.

Digitized by Google

les régularisant. Pour cela on conseillera de faire, matin et soir, sur le ventre, des frictions douces mais profondes, dirigées suivant le sens du côlon ; les frictions seront faites à sec, ou avec un liniment composé de parties égales d'huile de camomille et de baume de Fioraventi. Dans les cas rebelles on aura recours au massage de l'intestin qui, pratiqué avec méthode, permet d'obtenir des selles naturelles au bout d'environ six séances (Berne). L'électricité sous forme de courants continus est également très utile, elle régularise les contractions en modifiant l'excitabilité de l'intestin et agit à la fois sur le spasme et sur l'atonie.

Tant que le cours des matières n'a pas été régularisé, il est indispensable de chercher à obtenir dans la mesure du possible l'*asepsie du tube digestif* par des cachets de naphtol et une grande irrigation intestinale quotidienne faite avec de l'eau boriquée ou, comme le conseille M. Bouchard, de l'eau naphtolée à 0,20 cgr. p. 1,000.

Le *traitement de l'état général* doit marcher de pair avec le traitement intestinal ; l'état névropathique ayant une part considérable dans les accidents de cette variété de colite, il faudra chercher à le modifier dès le début. Les antispasmodiques et en particulier la valériane, peuvent rendre des services à ce point de vue. Mais c'est l'hydrothérapie bien conduite qui donnera les meilleurs résultats. Il faut se rappeler que ces malades présentent souvent pour le froid une sensibilité extraordinaire, les douches froides peuvent donc n'être pas bien supportées; les méthodes atténuées, le maillot humide, les douches tièdes, les douches écossaises trouveront ici leur indication. Une cure à Néris ou à Plombières est un utile complément de ce traitement général.

Le *régime alimentaire* doit être surveillé de très près, il faut obtenir la régularité des repas, proscrire les aliments de digestion difficile tels que les viandes faisandées, les légumes pouvant provoquer du météorisme, les mets épicés, les acides et les crudités. Dans les cas d'intolérance stomacale il faudra conseiller soit le lait additionné d'eau de chaux ou d'eau alcaline, soit la viande crue rapée ; puis on arrivera progressivement aux viandes bouillies et aux légumes en purée. Pendant les *crises de coliques intestinales* on se comportera comme dans les crises analogues, en insistant sur les embrocations chaudes, les grands bains tièdes, les préparations belladonées plutôt que sur les opiacés.

S'il persiste un point douloureux faisant craindre une *poussée inflammatoire*, on pourra le combattre par l'application d'onguent mercuriel belladoné et si ce traitement échoue faire une révulsion énergique par des vésicatoires répétés.

Enfin, dans certains cas, l'intensité de la production de fausses membranes, l'apparition de douleurs chaque fois que celles-ci se détachent obligent à employer les *modificateurs de la muqueuse intestinale*, par exemple les capsules de térébenthine à la dose de 2 à 6 par jour, qui sont pour M. Jaccoud le moyen le plus efficace.

Tel est le traitement utile dans la colite sèche exempte de complications ; mais il est évident que la coexistence d'entéroptose ou de dilatation gastro-colique peut créer des indications nouvelles auxquelles il faut satisfaire.

Dr Merigot de Treigny.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

I. **Du traitement des otites et des rhinites par l'aristol.** — Ce nouvel antiseptique peut être utilement employé sous forme de poudre contre ces affections. Voici la techique du pansement.

1° *Contre les otites purulentes.* (*a*) On pratique une irrigation boriquée, puis on assèche le conduit auditif avec des tampons d'ouate hydrophile ;

(*b*) On fait suivre d'une douche d'air et immédiatement après d'une insufflation avec la poudre d'aristol ;

(*c*) Tamponnement avec l'ouate hydrophile.

2° *Contre les rhinites.* (*a*) On déterge la muqueuse et on enlève ses sécrétions par une irrigation d'eau salée, au moyen du siphon nasal ou d'une seringue. Dans ce cas, on doit diriger le jet d'eau horizontalement.

(*b*) On recommande alors au malade de se moucher pour évacuer le liquide, et on pratique enfin une insufflation avec la poudre d'aristol.

II. **Poudre antiseptique contre l'ozène.** — M. Cozzolino conseille de pratiquer ainsi le pansement de l'ozène :

1° Irrigation nasale avec l'eau phéniquée ;

2° Insufflations avec la poudre antiseptique suivante :

Salol	6 grammes
Acide borique	3 grammes
Acide salicylique	0,60 centigr.
Acide thymique	0,25 centigr.
Talc pulvérisé	10 grammes

M. s. a.

III. **Une préparation antigastralgique.** — Elle consiste à utiliser les vertus analgésiantes de la narcéine et de la cocaïne que l'on associe à la pepsine ou à la pancréatine dans un élixir ainsi formulé :

Pepsine ou pancréatine	1 gramme
Hydrochlorate de cocaine	0,03 centigr.
Narcéine	0,10 centigr.
Elixir de Garus	250 grammes

F. s. a.

Une cuillerée contient deux centigrammes de pepsine ou de pancréatine, trois milligrammes de cocaine et un centigramme de narcéine.

On peut l'administrer à la dose d'une cuillerée à soupe avant chaque repas.

Ch. Eloy.

Digitized by Google

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES
DE L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE. **Société de médecine interne de Berlin** (21 avril 1890) : I. *La suspension de l'ataxie locomotrice, ses indications.* — ANGLETERRE. **Société royale de médecine et de chirurgie de Londres** (22 avril 1890) : II. *Salicine et salicylates alcalins dans le traitement du rhumatisme.* **Société médicale de Londres** (28 avril 1890) : III. *Un cas de pylorectomie.* — AUTRICHE **Société royale des médecins de Vienne** (25 avril 1890) : IV. *La gastrostomie en deux temps.* — BRÉSIL. **Académie de Médecine de Rio-de-Janeiro** (20 mars 1890) : V. *Une incompatibilité des sels de quinine.*

I. **La suspension dans l'ataxie locomotrice, ses indications.** — A mesure que les statistiques se multiplient, on juge mieux de la valeur de ce traitement mécanique du tabès.

M. ROMBERG a recueilli les observations de soixante malades qui ont été soumis à 2,100 séances de suspension. On prenait leur poids avec soin, et on a pu établir le rapport entre ce poids et le succès de la médication.

Cette comparaison démontre en effet que les malades que la suspension soulageait étaient ceux dont le poids n'excédait point la moyenne. De là, ce semble, une médication à retenir dans la prescription de ce traitement.

Autre remarque, de nature à calmer les engouements : la suspension ne modifie guère les troubles sensitifs ; elle atténue plutôt les accidents gastriques, calme les douleurs vésicales, diminue l'insomnie et, stimulant la nutrition, arrête l'amaigrissement.

Aucun des malades de M. Romberg n'a été atteint d'accident; tous, il est vrai, étaient attentivement surveillés pendant et après les séances de suspension. Ces dernières ont été en moyenne de trente à quarante.

Au demeurant, il y a contre-indication à l'emploi de cette méthode chez les individus dont le poids excède la normale ; il est plus utile chez ceux où ce poids atteint la moyenne ou lui est inférieur ; enfin, on doit la proscrire formellement quand il existe des lésions cardiaques. Ces conclusions confirment les observations des mêmes pathologistes qui obéissent plus docilement aux conseils de la prudence qu'aux entraînements de l'enthousiasme.

II. **Salicine ou salicylates alcalins contre le rhumatisme?** — Le point de vue auquel M. HAIG s'est placé pour établir la valeur relative de ces substances est celui de leur action sur l'élimination de l'acide urique. A son avis, le meilleur médicament serait donc celui qui favoriserait le plus énergiquement ce phénomène physiologique.

Les alcalins agissent bien dans ce sens, mais leur puissance est inférieure à celle des salicylates. Ceux-ci viennent avant le salol et conséquemment avant la salicine, car sous leur influence l'élimination de l'acide urique est treize fois plus grande que par celle de cette dernière.

Pour le même motif, on devrait condamner l'usage des acides et celui des sels ammoniacaux qui, de l'avis de M. Haig, entravent l'élimination de l'acide urique au lieu de l'augmenter.

C'est en se plaçant encore à ce même point de vue que l'on peut expliquer l'action curative du repos au lit et du régime lacté, amenant l'amélioration ou la guérison des cas aigüs en augmentant simultanément l'urination et la transpiration.

Au demeurant, ces explications sont en rapport avec la théorie d'après laquelle le rhumatisme articulaire aigu serait causé par l'accumulation de l'acide urique dans les jointures. C'est une opinion que les collègues de M. Haig, de la Société Royale de Médecine et de Chirurgie de Londres, sont loin de partager. M. W. ROBERT, entre autres, objecte que si le fait était exact, on constaterait des dépôts d'acide urique dans les articulations des individus succombant au rhumatisme.

Soit, mais, sans discuter les hypothèses formulées par M. Haig et contestées par ses collègues, un fait se dégage, d'intérêt tout pratique quel qu'en soit le mode d'interprétation : la supériorité thérapeutique des salicylates alcalins sur la salicine contre le rhumatisme articulaire aigu. Le fait est banal, il n'en est pas moins utile à retenir.

III. **Un cas de pylorectomie.** — Ce cas, le cinquième en Angleterre, fut opéré suivant la technique dont voici le détail. M. W. STOKES fit pratiquer le lavage stomacal préalable avec l'eau boriquée à cinq pour cent, mit le malade sous le chloroforme et opéra ainsi :

1° Incision de quatre pouces de longueur à droite de l'ombilic;

2° On reconnaît que la tumeur cancéreuse stomacale est limitée au pylore et n'atteint point les organes voisins ;

3° Isolement des tissus voisins par des ligatures et libération du pylore;

4° Application de l'entérotome de Dupuytren, au-dessus de la tumeur ; section des parois stomacales ; fermeture partielle de cette plaie stomacale par la suture de Czerny-Lembert pour la limiter à l'étendue de la plaie duodénale ;

5° Application de l'entérotome sur le duodénum et ablation de la masse cancéreuse. Affrontement de la plaie duodénale avec la plaie stomacale, suture des tuniques.

L'opération dura deux heures trois quarts. Le lendemain, le malade succomba. Cette terminaison a été celle, des cinq autres cas opérés par les compatriotes de M. Stokes, que recommande à l'avenir l'opération précoce dès le début de l'amaigrissement; l'incision exploratrice pour reconnaître les adhérences, s'il en existe, et vérifier l'état des glandes; le lavage antiseptique de l'estomac; enfin, la nécessité d'abréger l'opération pour éviter le choc et le collapsus. On le voit, jusqu'à présent, les résultats de la pylorectomie en Angleterre ont été peu encourageants, sauf dans un cas tout récent de Rawdon (de Liverpool), où la tumeur était petite, non adhérente, et où il n'y avait point de cachexie.

IV. **La gastrostomie en deux temps.** — Douze fois M. HACKER a pratiqué cette opération suivant son procédé et — série sans doute exceptionnellement heureuse — douze fois il a enregistré des succès opératoires.

Le procédé de Hacker a pour objet d'utiliser le muscle droit de l'abdomen pour l'obturation de la plaie. En voici la technique :

1er *temps* : Incision de deux à trois centimètres de longueur à gauche de la ligne médiane de l'abdomen ;

Fixation d'un pli de l'estomac dans la plaie et suture de cette plaie.

2e *temps* : On a attendu vingt-quatre heures, c'est alors que l'on pratiqua la fistule gastrique. A cet effet, introduction dans la cavité stomacale d'un tube à drainage qui y reste huit jours, puis, après ce délai, obturation de la fistule au moyen de deux ballons communiquant par un tube intermédiaire.

Ajoutons que M. Hacker, qui est un partisan de cette opération dans les divers rétrécissements inaccessibles par la voie œsophagienne, a proposé de modifier ce procédé, d'opérer entre la septième et la huitième côte, et d'essayer ainsi le rapprochement automatique des deux lèvres de la plaie par le rapprochement des côtes. Il reste à savoir quelle garantie de sécurité ce procédé peut offrir.

V. **Incompatibilités des sels de quinine.** — Le fait que M. le Dr MARIA-TEXEIRA a signalé à l'Académie Nationale de Médecine de Rio-de-Janeiro, n'est peut-être pas inédit. En tout cas, il mérite d'être retenu. Le voici.

Quant on véhicule par du sirop d'écorce d'oranges dans

Digitized by Google

une même potion un mélange de sulfate et de valérianate de quinine, en présence de l'alcool à une douce chaleur, on obtient un liquide limpide. Mais après douze, vingt ou vingt-quatre heures, le liquide perd de sa fluidité et devient plus ou moins épais. Il y a donc là des modifications chimiques qu'il importe de signaler, bien que l'auteur déclare en ignorer la nature (1).

N. R.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 28 avril 1890.

De l'action du courant galvanique constant sur les microbes. — MM. Apostoli et Laquerrière ont, le 12 août 1889, dans un pli cacheté consigné les résultats de leurs premières expériences. Ils plaçaient d'abord les pôles aux deux extrémités d'une même éprouvette contenant des bouillons de culture et à peu de distance l'un de l'autre.

Toutes leurs expériences ont eu le triple contrôle de l'examen microscopique, de l'ensemencement et de l'inoculation expérimentale à l'animal (lapin ou cobaye). Ils déclaraient que l'action du courant galvanique constant sur des milieux de culture en végétation, est en rapport direct avec l'intensité du courant évalué en milliampères.

Depuis, ces observateurs ont élargi et perfectionné leurs recherches en éléminant l'influence technique qui accompagne toute électrolyse suivant la loi de Joule, et en étudiant l'influence isolée des pôles et de la portion interpolaire du circuit.

On peut, en supprimant les effets calorifiques du courant, obtenir quand même la destruction on l'atténuation de la vitalité microbienne. De plus, l'action antiseptique du pôle positif (dans un milieu de culture dictinct, entièrement séparé du pôle négatif) s'exerce à plus faible dose que dans la première expérience (où les deux pôles, étant contigus, atténuent leur action réciproque).

De là cette conclusion générale, que le courant continu à la dose dite médicale (de 50 à 300 milliampères), n'a pas d'action *sui generis* sur les cultures microbiennes dans un milieu homogène, et que son unique action polaire positive tient au dégagement des acides et de l'oxygène.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 mai 1890

Présidence de M. le Dr Dumontpallier

Souffle amigdalo-carotidien dans l'insuffisance. Aortique. Aortisme héréditaire. — M. Huchard présente un malade atteint d'insuffisance aortique à forme *pulsatile*. Ses grosses artères, principalement celles du cou, de la tête et de l'abdomen sont animées de pulsations si violentes qu'elles déterminent une insomnie opiniâtre depuis plus d'un an. Les amygdales sont soulevées par les battements des carotides et l'on peut ainsi constater le pouls *amygdalo-carotidien*, pouls et transmission bien différents du pouls capillaire visible, signalé dans cette affection par Mieeller et Merklen.

Il attire ensuite l'attention de la Société sur l'étiologie, souvent obscure, des affections artérielles (cardiopaties et néphrites artérielles, aortites, anévrismes de l'aorte, etc.). Très souvent, parmi les antécédents pathologiques, on ne trouve ni alcoolisme, ni saturnisme, ni syphilis, ni tabagisme, ni rhumatisme ; l'affection parait directement héréditaire, c'est-à-dire que chez les parents on relève l'existence d'une cardiopathie artérielle, d'une néphrite artérielle. C'est à ces faits que M. Huchard donne le nom d'*aortisme héréditaire*.

De la convalescence dans la grippe. — M. Huchard. — La grippe reste une question d'actualité, car il y a encore des convalescents qui ne peuvent se remettre. Chez quelques-uns, elle a été la cause d'une dénutrition rapide, hors de proportion avec les phénomènes observés ; c'est ainsi qu'elle a été suivie d'anorexie, d'amaigrissement considérable, de troubles vésaniques, d'adynamie cardiaque avec abaissement de la tension artérielle, de paralysie des muscles bronchiques, d'asthénie génitale. Ces troubles n'ont rien qui surprenne, lorsque l'on en connait bien la pathogénie : il s'agit d'une neurasthénie localisée à certains organes. En particulier, la parésie du nerf vague, ainsi que M. Huchard l'a démontré dans une précédente communication, suffit parfaitement pour expliquer la pathogénie des troubles cardiaques. La médication par les nervins (strychnine, caféine, phosphure de zinc) lui a donné les meilleurs résultats.

Traitement de la morphinomanie. — M. Voisin rapporte deux cas de morphinomanie guéris par l'abstention brusque de la morphine ; l'un était relatif à un tabétique qui prenait 60 centigrammes de morphine par jour, l'autre à une femme qui s'administrait également en piqûres de 90 centigr. à 1 gr. 20 du médicament par jour. Chez le premier malade, la suppression du médicament causa d'abord une sorte d'angoisse, une anxiété très vive aux heures où il avait l'habitude de se piquer ; chez la seconde, il y eut une sorte d'état maniaque avec attaques fréquentes d'hystérie. Le traitement consista en café, eau-de-vie, bains prolongés. La guérison fut complète au bout de six jours chez l'homme et de douze jours chez la femme ; chez cette dernière, M. Voisin avait employé en plus la suggestion ; les piqûres faites avec l'eau simple, déterminaient le même bien-être que la morphine. M. Voisin admet que le morphinisme chez les sujets prédisposés, développe l'hystérie : les troubles nerveux que présentent ces sujets, doivent donc être rattachés à cette névrose, et non pas à l'intoxication chronique.

Syphilis des voies aériennes. — M. Raymond présente des pièces anatomiques provenant d'un homme mort dans son service. Cet homme, âgé de 52 ans, contracta la syphilis il y a huit ans, et à son entrée il présentait encore des lésions cutanées manifestes. De plus, il était atteint d'aphonie, de cornage laryngé, de fièvre intense avec dyspnée. Il existait de la submatité aux deux bases, un léger épanchement à droite ; le foie était douloureux ; mort de syncope le quatrième jour. A l'autopsie, l'épiglotte était saine, les cordes vocales légèrement œdémateuses, les cartilages du larynx ossifiés. La trachée était tapissée de petites gommes s'étendant jusqu'à la bifurcation des bronches. Sur la partie latérale, on voyait un ganglion, gros comme un œuf, comprimant le pneumogastrique et déformant la trachée, d'où le cornage entendu pendant la vie. Il existait de plus une broncho-pneumonie double sans lésion tuberculeuse. Le foie était parsemé de gommes volumineuses.

La rougeole à l'hôpital des Enfants-Trouvés en 1889. — M. Sevestre a fait quelques remarques intéressantes sur le développement de la rougeole. Les tout petits enfants échappent facilement à la contagion, et il n'est pas rare de voir des nourrissons rester indemnes quand leur nourrice est contagionnée. De plus, s'ils sont atteints, la maladie est chez eux bénigne. De un à trois ans, elle devient grave : il y a plus de décès que de guérisons

Enfin, autre remarque : depuis l'adoption de mesures hygié-

(1) Ne pourrait-on les rapprocher de celles qui se produisent quand, sous la forme pilulaire, on associe le valérianate de quinine a l'extrait mou de quinquina ? Il y a un dégagement gazeux et probablement mise en liberté de l'acide valérianique. (*N. de la R.*)

Digitized by Google

niques et prsphylactiques, aération meilleure des salles, désinfection, la mortalité diminue Quant à la morbidité, elle demeure élevée, parce que, à l'hôpital, il n'existe point encore de salles d'observation pour les cas suspects.

Dr H. Marciguey.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 *avril* 1890

Présidence de M. le Dr Nicaise

Hémorragies consécutives à l'amygdalotomie. — M. Schwartz lit un rapport sur une observation de M. Moure (de Bordeaux). Il s'agit d'un enfant de sept ans, atteint de végétations adénoïdes de l'arrière-cavité des fosses nasales et d'hypertrophie des deux amygdales, qui déterminaient des accès de suffocation et des angines fréquentes. Les amygdales, très volumineuses, bourgeonnantes, encore un peu enflammées, furent enlevées le 5 juin, avec l'instrument de Fanestock. Une hémorragie légère fut arrêtée par des badigeonnages au jus de citron et des gargarismes à l'eau glacée, puis l'enfant s'endormit. Deux heures après, il fut réveillé par un vomissement de sang abondant; l hémorragie fut de nouveau arrêtée par les boissons glacées. Tout semblait aller pour le mieux, quand, le huitième jour, il eut une nouvelle hémorragie très abondante.

On constata, sur l'amygdale gauche, une escharre à demi détachée, au-dessous de laquelle coulait du sang. Cette hémorragie fut arrêtée comme les précédentes. Il n'existait pas d'hémophilie dans la famille. L'auteur signale la rareté de ces accidents chez les enfants et recommande de ne point les laisser dormir après l'amygdalotomie, de ne point les perdre de vue tant que l'escharre n'est pas complètement détachée, et de ne pas couper les amygdales euflammées, même légèrement.

Entéroraphie contre l'anus artificiel. — M. Bœckel (de Strasbourg) renonce aujourd'hui aux anciens procédés de la cure de l'anus artificiel par l'entérotomie pour leur appliquer l'entéroraphie en usage pour les plaies de l'intestin. Le 13 avril 1889, il pratiqua la kélotomie chez une femme de soixante-dix-huit ans, atteinte de hernie crurale gauche ancienne et étranglée depuis plusieurs heures. Le sac était rempli de matières brunâtres; l'anse intestinale herniée, longue de 14 centimètres, était gangrenée en deux points rapprochés. Après désinfection du sac et débridement de l'anneau crural, il établit un anus artificiel; l'intestin se vida et les symptômes d'étranglement disparurent, de même que tous les autres accidents. Le 11 mai, résection de deux centimètres et demi de l'intestin, qui faisait hernie par la plaie.

L'anus n'ayant aucune tendance à se fermer, malgré le faible écoulement des matières par le bout inférieur et le succès de l'entérotomie au niveau de l'éperon; M. Bœckel résolut de libérer l'anus artificiel avec la paroi abdominale, d'en suturer les bords, de rentrer le tout et de fermer par-dessus la paroi abdominale, comme dans la laparotomie. Cette opération fut pratiquée avec succès le 7 juin. La guérison était complète au bout de huit jours.

Laparotomie pour un fibrome utérin. — M. Bouilly rapporte une observation de laparotomie pour un fibrome utérin : cette intervention se rapproche sensiblement de l'opération césarienne. Une femme de 42 ans, nullipare, est atteinte depuis six ans de métrorragies très abondantes qui l'ont amenée à un degré d'anémie extrême. On constate l'existence d'un fibrôme utérin volumineux s'avançant jusqu'à l'ombilic, remplissant tout le vagin et saillant à la vulve. L'hystéromètre pénètre dans la cavité utérine et montre que ce fibrome est libre d'adhérences sur une partie de son étendue. En raison du volume de la tumeur, du mauvais état de la malade, le morcellement du fibrome par la voie vaginale était impossible. Il en était de même de l'hystérectomie abdominale, qui eût laissé en place une partie de la tumeur. M. Bouilly opéra par la voie abdominale et la laparotomie médiane. Il fit saillir en dehors tout l'utérus, passa à sa base un gros fil de caoutchouc, prêt à le serrer en cas d'hémorragie, sectionna le tissu utérin en avant de sa cavité et aperçut le fibrôme libre sur une partie de son étendue. La muqueuse fut alors incisée sur un point et l'on commença la décortication de la tumeur.

Celle-ci fut facile, malgré la minceur extrême de la tunique musculaire de l'utérus; il n'y eut pas de perforation. M. Bouilly voulut extraire la tumeur par le ventre, quand nouvelle difficulté; le fibrome prenant la forme d'un sablier, il fut impossible de faire remonter la portion qui remplissait le vagin.

Les deux parties furent sectionnées en leur milieu et retirées isolément. L'utérus revint rapidement sur lui-même, comme après l'accouchement, réalisant ainsi une hémostase presque complète et diminuant la longueur de la plaie. Suture de la tunique musculaire de l'utérus, par seize points au fil de soie et fermeture de l'abdomen, selon les règles antiseptiques. L'opération avait duré 40 minutes. La guérison fut complète : l'utérus est revenu au volume normal et la malade n'a plus eu d'hémorragies.

Extirpation de la vésicule biliaire. — M. Terrier dans un cas de coliques hépatiques, avec ictère chronique et distension de la vésicule biliaire, résolut d'ouvrir celle-ci pour en retirer des calculs, oblitérant probablement le canal cystique.— La parotomie au niveau de la vésicule. — Celle-ci était atteinte de péricystite, établissant des adhérences à l'intestin et au foie. Après leur destruction, ouverture de la vésicule qui était remplie d'un liquide séreux sanguinolent, et de calculs de cholestérine, dont l'un était en partie logé dans le canal cystique. Pendant une tentative d'extraction, la vésicule très friable se rompit à ce niveau. M. Terrier pratiqua donc la ligature du canal cystique, enleva complètement la vésicule biliaire et laissa un tube à drainage dans le trajet et la plaie refermée. Le lendemain, le pansement et le lit de la malade étaient inondés de bile. Il semblait que ce liquide eut continué à sortir par le canal cystique, probablement coupé par la ligature. La malade survécut; une fistule biliaire se forma. Depuis quelques jours, cette fistule a cessé de couler, et la guérison est presque complète.

Dr H. Marciguey.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 *Mai* 1890

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

Parmi les présentations nous notons les suivantes :

1° Par M. Bergeron, au nom de M. Napias, sur l'*Assistance publique* en province; mémoire où notre confrère adresse sous une forme humouristique des conseils aux préfets, trop peu soucieux des questions d'hygiène et d'hospitalisation : 2° par M. Dujardin-Beaumetz, au nom de M. Fraser (d'Edimbourg), sur la *Botanique et la pharmacologie du strophantus* et au nom de M. Leroy des Barres (de Saint-Denis) sur le *Charbon des mégissiers* et en son propre nom sur la *Rage à Paris en* 1889; 3° par M. Besnier, au nom de M. Puy-le-Blanc sur le *Traitement de l'eczéma à Royat.*

De la grippe au point de vue chirurgical. — M. Verneuil lit une note sur les complications chirurgicales de la

Digitized by Google

grippe, question déjà en partie traitée par Ménétrier dans sa thèse en 1886 et par M. Jarre dans un mémoire original récent.

Ce sont des otites, des conjonctivites, des parotidites, des pleurésies, des péricardites et des abcès survenant au cours et au déclin de la grippe, en un mot des manifestations pyohémiques. De plus, on a noté des hémorragies externes.

M. Verneuil décrit un pneumocèle gazeux et purulent, situé sous le grand pectoral, survenu dans une broncho-pneumonie grippale et terminé par la mort.

L'examen chimique des gaz a été pratiqué durant la vie et M. Hardy a constaté que ces gaz étaient ceux du sang. L'examen bactériologique du pus a révélé la présence de pneumocoques et l'absence de tout autre microbe. Cette observation est donc de haut intérêt pour la pathogénie des suppurations d'origine grippale.

Ne sont-ce pas aussi des motifs qui doivent rendre les chirurgiens prudents, quand il s'agit d'intervenir avec le bistouri ?

Élections de correspondants étrangers. — On procède à deux élections : à celle de M. van der Corput (de Bruxelles), et à celle de M. Moncorvo (de Rio de Janeiro). F. R.

Nous adressons au nom du comité de rédaction du *Journal des praticiens*, nos chaleureuses félicitations à notre confrère brésilien, que nous sommes honorés de compter au nombre de nos distingués collaborateurs et dont nos lecteurs ont pu souvent apprécier l'infatigable activité scientifique.

Ch. Eloy.

BULLETIN DE LA SEMAINE

La Policlinique du Bureau Central. — Un coup d'état obstétrical. — L'enseignement dans les hôpitaux devant le Conseil de la Faculté.

Un vent souffle, en ce moment, en faveur d'une réforme de l'enseignement pratique de la médecine à Paris.

Bon ou mauvais, d'où vient-il ?

Il y a huit jours, je rendais hommage à l'initiative hardie des fondateurs de la *Policlinique de Paris*. Je souhaitais la contagion de l'exemple. Elle ne s'est pas fait attendre ; la voici :

Cette semaine, en effet, on parle d'organiser une institution semblable. Elle emprunterait son succès à la personnalité de ses membres, tous *jeunes médecins des hôpitaux*, et, pour ce motif, mériterait, à juste titre, le nom de *Policlinique du Bureau Central*.

L'idée n'est point absolument originale. Dans le temps on en conversait déjà dans les salles de garde et ailleurs. Aujourd'hui elle revient à l'ordre du jour ; elle prend corps et quelques membres éminents de la Société médicale des hôpitaux, se demandent si, enfin, il n'est point temps dans l'intérêt des étudiants et pour le bon renom de la médecine parisienne, de faire librement ce que l'Université ne peut réaliser officiellement.

Comme je l'écrivais il y a huit jours, nous aurons l'occasion d'y revenir dans ces colonnes. Malgré l'indifférence des uns, malgré l'opposition des autres, l'idée progresse. Voilà donc, à pas lents, un acheminement vers l'*Ecole de Médecine pratique des hôpitaux*.

En tout cas, de ce côté, le vent souffle fort heureusement en faveur de la liberté et du progrès.

***

Ailleurs, souffle-t-il dans la même direction? Non : Cela n'est point surprenant... De tout temps il y a eu, dans le voisinage de l'Ecole de médecine, des courants d'air qui ressemblent beaucoup à un vent de réaction.

Prochainement, je le crains bien, on s'en rendra compte par un rapport qui doit venir en discussion devant le Conseil de la Faculté.

Ce rapport a pour objet le stage *obligatoire et exclusif des étudiants dans l'une des cliniques obstétricales* officielles. En principe et en manière de prétexte, la mesure serait louable, et elle devrait assurer à chacun une somme suffisante de connaissances obstétricales pratiques. En fait, cette réglementation aurait pour résultat moins efficace d'enlever toute valeur au stage que les élèves font dans les divers services d'accouchement des hôpitaux de Paris. C'est un accaparement, sinon un coup d'état obstétrical.

Inutile d'insister ; l'adoption de telles propositions conduirait à la *monopolisation exclusive de l'enseignement obstétrical* par l'Université seule. Plus tard, — en si bonne voie on ne saurait s'arrêter, — on monopoliserait encore les autres enseignements. On commence par l'obstétrique dans ce rapport, je devrais plutôt dire par cette *version par manœuvre externe*; on continuera par une autre branche de l'art de guérir.

Après l'infaillibilité papale, l'infaillibilité obstétricale. Hors de l'Eglise, point de salut ; hors de l'Université, on n'accouchera plus !

Les effets diffèrent, l'esprit ne varie point. Souvenez-vous-en, comme dit la chanson, souvenez-vous-en ; il y a des jeunes universitaires, pour lesquels la maison ne cesse pas d'être au coin du quai. A l'avenir le meilleur forceps, l'unique forceps, doit être pour eux le forceps professoral !

Le meilleur moyen de faire aimer la liberté est de lui porter atteinte. Le rapport actuel aura indirectement ce résultat et, pour ce motif, je l'espère, contribuera au succès de ces policliniques. Il prouvera de plus aux amis du progrès, l'urgence de créer l'enseignement municipal de la médecine pratique dans les hôpitaux.

Ch. Eloy.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

L'autonomie des Universités. — C'est le cri du jour, paraît-il. M. Marcel Baudoin y répond ainsi dans le *Progrès médical* du 4 courant :

Nous voulons bien nous soumettre..... au port de beaux habits, nous ceindre du baudrier tricolore, nous enrôler sous une bannière offerte par le Président de la République, crier en chœur : « *Vivat Universitas !* » Mais encore faut-il que l'*Universitas* nous rende en secours, en services réels, ce que nous allons perdre en liberté et en indépendance ! Nous n'allons pas, on le voit, jusqu'aux privilèges ; on comprendra, pensons-nous, la nuance.

Digitized by Google

Que faut-il pour cela? Donner aux Facultés une autonomie qu'elles n'ont pas, en faire une personnalité dont la situation soit comparable à une Académie, aux Universités étrangères. Il faut qu'elles puissent disposer à leur gré de leur budget tout entier, dépenser à pleines mains quand elles le croient utile, Il faut qu'elles n'aient qu'à encaisser, sans avoir à rendre compte à personne de ce qui se passe chez elles. Que l'Etat leur alloue une subvention d'importance variable, et, avec les dons qu'elles recevront bientôt des particuliers, elles devront alors se suffire à elles-mêmes.....

Dans ces conditions, un jour viendra où les donations seront telles que nos Facultés, comme beaucoup de celles d'Allemagne, seront assez riches pour se passer de l'allocation de l'Etat. Nous aurons dès lors profité de la réforme, gagné quelque chose, puisque nous pourrons multiplier à volonté nos chaires et nos laboratoires, suivant l'état de nos ressources. On ne nous aura pas ramené en vain... aux corporations de jadis Mais, à cette condition seule, nous acceptons, sans crier gare, l'enrôlement sous la bannière de l'Université.

Toujours la caféine et la noix de kola. — *Epilogue à la dernière séance académique.* — La *Province médicale* continue d'être sévère pour le professeur qui enseigne au pied des tours de Notre-Dame, dans son numéro du samedi 3 mai dernier :

L'affaire Heckel-Sée continue à servir de lever de rideau aux représentations académiques. M. Sée avait, dans un superbe accès de dignité, refusé de s'occuper de la noix de kola, craignant de compromettre dans des aventures industrielles toute une vie de désintéressement et de probité scientifique.

Avec une irrévérence que tous les admirateurs de M. Sée ne manqueront pas de blâmer sévèrement, M. Heckel insinue que le professeur de clinique de l'Hôtel-Dieu a l'habitude de battre monnaie avec ses communications thérapeutiques.

On a pu lire plus haut la lettre de notre très honoré et distingué confrère marseillais.

N'est ce pas, ajoute M. Augagneur, un spectacle édifiant que celui de M. G Sée défendant la médecine contre les entreprises de l'industrialisme? Applaudissons.

ÉTRANGER

ANGLETERRE. — **Les appointements des professeur sdes Facultés de médecine.** — D'après un document soumis à la Chambre des Communes, la valeur pécuniaire de quelques chaires seraient la suivante : à *Glascow* : chaire d'anatomie, 55,800 francs ; clinique chirurgicale, 10,600 francs ; accouchements, 9,490.

A *Edimbourg* : chaire de botanique, 54,000 francs ; de physique, 38,200 fr. ; matière médicale, 55,800 fr. ; clinique chirurgicale, 26,700 ; chirurgie, 40,300 fr. ; pathologie, 58,900 fr. On remarquera, contrairement à l'usage des facultés françaises, où le traitement des professeurs est calculé par classe, que la rémunération des professeurs anglais est d'autant moins élevée que leur chaire les met à même de retirer un plus grand bénéfice de leur clientèle.

INFORMATIONS

PARIS

La médecine au parlement. — Le Ministre de l'intérieur doit déposer aujourd'hui sur le bureau de la Chambre :

1° Le projet de loi tendant à organiser l'assistance publique dans les campagnes ;

2° Le projet de loi relatif à l'exercice de la médecine.

Société médico-pratique. — Séance du 12 mai. Ordre du jour ;

1° MM. PENNEL et BLOCQ : Rapport sur la candidature de M. Debrigode.

2° M. GROUSSIN : Polypes des fosses nasales ; ablation ; perte presque complète de l'odorat.

3° M. E. BLOCH : Septicémie aiguë d'origine contagieuse.

4° M. M. FOURRIER, Note sur un cas de goutte ayant simulé une crise de colique hépatique.

5° M. V. POULET, De l'action résolutive du simulo contre la salpyngo-ovarite aiguë ou sub-aiguë.

DÉPARTEMENTS

MARSEILLE. — **Démographie de Marseille en 1889.** — Pendant l'année 1889, il a été enregistré : 11,178 naissances et 10,819 décès. En 1888, ces chiffres avaient été pour les naissances, de 11,124 ; pour les décès, de 10,871. Comme on le voit, 1889 présente un excédent de 54 naissances sur le chiffre de 1888, et une diminution de 52 décès sur la même année.

La rage à Paris en 1889. — Du rapport de M. Dujardin-Beaumetz au Conseil d'hygiène, il résulte qu'en 1889 il y a eu six cas de rage, trois sur des personnes soumises au traitement pastorien, trois sur des individus n'ayant pas été soumis aux inoculations. La mortalité des personnes de la première catégorie a donc été de 1,27 pour cent, celle de la seconde de 7,50 pour cent.

Le traitement pastorien, ajoute M. Dujardin-Beaumetz, ne supprime point la rage. A cet effet, il faudrait appliquer sérieusement et rigoureusement la loi du 21 juillet 1881 et le décret du 22 juin 1882.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

L'Ecole du service de santé de la marine. — En prévision de l'établissement probable de cette école à Bordeaux, le Conseil municipal de cette ville s'engage à exécuter tous les travaux d'aménagement de l'immeuble choisi par le ministre de la marine et concédé à titre gratuit. La ville prendrait à sa charge l'entretien de l'immeuble, la distribution de l'eau, la première mise de matériel et son entretien ; enfin la construction des laboratoires. Provisoirement, elle mettrait un local à la disposition de l'école, à dater du 1er novembre prochain.

Nominations dans le corps de santé de la marine. — (Activité). *A l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe* : MM. les Drs Prat Flottes et Busson.

(Réserve). *Au grade de médecin de 2e classe* : M. le Dr Le Blanc, ancien médecin de 2e classe.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE. — **La médecine militaire au Congrès international de médecine de Berlin.** — Les questions principales concernant l'hygiène militaire sont les suivantes : *Les antiseptiques dans l'armée* (Von Bergmann). — *Hôpitaux en temps de paix et en temps de guerre.* — *Vaisseaux-hôpitaux dans les guerres navales.* — *La prophylaxie des épidémies dans les armées.* — *De l'uniformité des statistiques médicales dans les diverses armées* (J.-S. Billings). — *De la trépanation après les traumatismes de guerre* (Bardeleben).

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Etienne, ancien médecin de la marine ; Collet (de Noyers-Bocage) ; Darricau (de Linxe), Latapie (de Villembite), Lecomte (de la Motte-Beuvron), Legrand (de Sainte-Geneviève) et Lagoutte (d'Autun).

En Belgique : M. le Dr L. Ceuterick, chirurgien en chef des hôpitaux d'Anvers.

En Italie : M. le Dr A. Tafani, professeur d'anatomie à l'Institut des Etudes supérieures (de Florence).

Le Directeur-gérant : HENRI HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE N° 20 14 MAI 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THERAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

COMITÉ DE RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

CLINIQUE MÉDICALE

Etude sur l'épidémie de grippe en province

par le Dr GIROU

Ancien interne des Hôpitaux de Paris, médecin adjoint de l'Hôpital d'Aurillac

Cette étude est le résumé des notions sur la nature de la grippe et ses complications, qui me paraissent résulter des cas (plusieurs centaines) que je viens d'observer dans une petite ville et à la campagne ; là je n'ai été appelé, du reste, que pour les cas graves ou compliqués.

Causes de l'épidémie. — Avant la dernière épidémie, la grippe était considérée comme un type d'affection épidémique d'origine tellurique. Léon Colin ajoutait récemment cette simple observation : « Je crois peu à la contagion de la grippe ; son rôle est contestable, surtout dans la marche générale de l'épidémie ». On admettait comme démontré que les épidémies débutaient brusquement, et frappaient, dès le premier jour, une partie notable de la population. Or, ce que j'ai observé est contraire, en tous points à ces anciennes données théoriques, et si mon opinion n'est pas encore celle de la majorité du corps médical, elle est conforme aux idées déjà exprimées, quoique parfois avec quelque restriction, par les Drs Antony, Barth, Comby, Lhost, Bruté (1), Marcel Baudoin, Dubruille, Grasset, Truffaud.

Dans le Cantal, la grippe a frappé d'abord Aurillac, dont les relations avec d'autres villes déjà atteintes, et notamment avec Paris, sont plus fréquentes que celles de toute autre ville du département. Elle n'a pas commencé brusquement ; les premiers cas se sont montrés peu après le 15 décembre à l'état sporadique et constituant plutôt une constitution médicale grippale qu'une épidémie. Celle-ci a éclaté véritablement vers le 1er janvier, alors que les premiers cas, ou les cas nouveaux importés, avaient été assez nombreux pour constituer un grand nombre de foyers de contagion. Le nombre des cas nouveaux est allé en augmentant progressivement pendant quelques jours au lieu d'atteindre son summum dès les premiers jours, comme le voulait la théorie, et en dehors de toute condition météorologique favorable.

Les campagnes ont été atteintes plus tardivement que la ville. Les villages étaient frappés successivement et, quand, dans un village, une personne était malade, les cas se multipliaient très vite en commençant par la famille du premier malade. Il a été plusieurs fois établi pour moi que celui-ci était allé s'exposer à la contagion dans une foire ou dans un village contaminé. C'est ainsi, suivant les relations, et non la proximité, que l'épidémie passait d'un village dans un autre.

Au début de l'épidémie, les mêmes faits étaient très nets : un premier malade contagionnait toute sa famille, au bout de deux ou trois jours en moyenne. Celle ci alors était frappée brusquement en entier ou prise progressivement, les cas s'échelonnant comme ceux d'une affection contagieuse quelconque, se suivant au bout des délais nécessités par la période d'incubation. En un mot, une maison pouvait rester indemne de la grippe, mais, quand il y avait eu un cas, presque tous les autres habitants du même logement, de la même maison ensuite, étaient atteints. C'est comparable à ce qui se passe pendant les épidémies de rougeole : un groupe d'enfants peut en être préservé en entier, mais si un des enfants est atteint, les autres paient presque tous leur tribut à leur tour.

Passons en revue quelques faits :

1° Au début de l'épidémie, j'ai observé trois familles dans les mêmes conditions ; un membre de la famille arrive d'un foyer de grippe. Il s'alite à son arrivée, et sa famille présente d'autres cas de grippe deux jours plus tard. Un de ces faits a été d'autant plus net que ce malade a été le premier de la région, qu'il a contagionné sa famille d'abord, puis le village : en huit jours, la commune, encore indemne, était atteinte dans toute son étendue.

2° Dans un pensionnat, un surveillant est grippé le 10 janvier. Le 12, quelques élèves de son dortoir sont atteints. L'épidémie éclate véritablement le 13 ou le 14, et des cas nouveaux se produisent tous les jours jusqu'au 22 ; ce jour-là ont lieu les trois derniers cas. Or, les dortoirs ont tous été pris successivement : là où je n'avais qu'un malade un jour, j'étais sûr d'en trouver une quinzaine le lendemain, et ce jour-là, de nouveaux cas se produisaient à tous les moments de la journée.

3° Un enfant, souffrant depuis cinq jours, a été pris de la grippe cinq à six heures après avoir déballé des jouets venus directement des magasins du Louvre.

4° Mme X... n'est pas sortie depuis longtemps et a reçu fort peu de visites. Elle est restée indemne, ainsi que ses domestiques, parce qu'elle est restée isolée, comme le sanatorium d'Adirondack cité par le *Bulletin médical* du 30 mars 1890. Le 27 janvier, alors que l'épidémie est en pleine décroissance à Aurillac, sa fille arrive d'une ville encore fort atteinte et est malade dès son arrivée ; sa mère la soigne, et est grippée deux jours plus tard.

5° Mme R... vit en pleine campagne à 1,100 mètres d'altitude, dans une ferme isolée, située à plus de deux kilomètres de toute autre maison. Le 1er janvier, elle va voir son père à une heure de là ; elle le trouve grippé ;

(1) Voir *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, janvier 1890.

Digitized by Google

elle rentre chez elle le soir ; le lendemain elle est grippée, et, à sa suite, tous les habitants de la ferme.

6° Dans le personnel de la Compagnie d'Orléans, la contagion n'a pas été douteuse : aucun machiniste ou chauffeur n'a été grippé sans que son compagnon le devienne en deux ou trois jours ; une seule fois, ils ont été atteints tous les deux au même instant, comme si, dans leur vie commune, ils avaient subi le même contage. Dans un bureau, sur 5 employés, 3 sont atteints à deux jours d'intervalle ; dans un autre bureau voisin, 3 sur 3 le sont dans les mêmes délais, alors que, dans un bureau un peu éloigné de ces deux, les 5 employés restent indemnes.

Dans les équipes, un premier malade amenait l'éclosion de la grippe parfois chez tous ses camarades, en tous cas chez le plus grand nombre, dans un délai de deux à huit jours. Une maisonnette, absolument isolée, est habitée par deux agents de la voie : un d'eux, C..., s'alite le 4 février, sa femme le 7, son voisin, M..., le 10, la femme et les enfants de celui-ci, le 12. Or, ils vivaient tous dans des conditions identiques, et les deux ménages auraient dus être frappés simultanément, si la grippe reconnaissait une de ces causes cosmiques, telluriques ou météorologiques qu'on a voulu opposer à la notion si simple de la contagion.

Extension de la grippe. — Elle paraît avoir atteint la moitié de la population ; cette proportion a été dépassée chez l'adulte, et n'a pas été atteinte chez l'enfant. Elle est au-dessus de la vérité, si on tient compte de toutes les personnes qui, dans des maisons atteintes, n'ont été que peu fatiguées, et pendant peu de temps, ou ont pu ne rien changer à leurs habitudes.

Formes cliniques. — On a observé ici, comme partout, les trois formes : catarrhale, nerveuse et gastro-intestinale de la grippe. Cependant les deux premières formes se confondent souvent ou coexistent, quoique l'on ait vu quelques cas de la forme nerveuse sans catarrhe et d'autres de la forme catarrhale, sans autre douleur que la céphale du début.

La *forme catarrhale* a été la plus fréquente surtout chez les adultes. Deux particularités m'ont surtout frappé ; elle amenait parfois une dyspnée, une angoisse respiratoire très grande avec fort peu de fièvre et les signes physiques presque nuls ; d'autres malades, dont quelques-uns étaient presque complètement apyrétiques, crachaient en abondance des crachats séreux largement striés de sang rutilant, sans lésion grave actuelle et sans mauvais état antérieur (phtisie ou cardiopathie).

Cette forme a amené de fréquentes rechutes comme chez ce vieillard vigoureux qui est grippé le 6 janvier — fait une première rechute de bronchite le 20, peut se rendre à une foire le 3 février, tousse tous les jours davantage à partir de ce moment, mais ne s'alite pas, est pris de délire le 10, et meurt le 16 après avoir expectoré les crachats caractéristiques de la pneumonie franche, et n'avoir pas eu d'autre signe physique qu'un peu d'obscurité de la respiration à la base droite.

Chez les enfants, cette forme, très courte généralement, amenait parfois une toux quinteuse analogue à la toux de la desquamation de la rougeole, et, dans d'autres cas, un léger érytherme du pharynx.

La *forme nerveuse*, caractérisée par les douleurs lombaires, les malaises douloureux des membres inférieurs, m'a présenté assez souvent, au début, un délire violent, durant vingt-quatre heures au plus, se développant en dehors de toute cause toxique ou organique (alcoolisme ou névrapothie héréditaire), et frappant aussi bien les jeunes gens que les adultes. Parfois il était suivi d'un degré d'hypocondrie ou de découragement maladif, nullement en rapport avec la bénignité de la maladie.

La forme *gastro intestinale*, plus rare, a des caractères bien plus tranchés, et s'est surtout présentée sous deux aspect bien différents : une forme lente, surtout fréquente chez la femme, et se prolongeant des semaines et des mois avec de l'anorexie, des vomituritions, des alternatives de diarrhée et de constipation, et présentant quelque analogie avec le typhus ambulatorius ; et une forme suraiguë, caractérisée tantôt par des crises gastralgiques très intenses, mais de très courte durée ; tantôt par les symptômes intestinaux graves, avec diarrhée profuse, et tout un cortège de symptômes typhoïdes, se terminant très rapidement sous l'influence de quelques antiseptiques internes (antipyrine, naphtol B., salycilates alcalins.)

Les *complications de la grippe* ont atteint les différents appareils.

(*A suivre.*)

LE DIAGNOSTIC DES MALADIES

REVUE BI-MENSUELLE DES CLINIQUES

Paris. — **Hôpital de la Charité** (Service de M. Potain) : I. *La cirrhose saturnine, son diagnostic.* — **Hôpital Necker.** (Service de M. Rendu) : II. *Les difficultés du diagnostic des épanchements pleurétiques.* — Lyon. — **Hôtel Dieu.** (Service de M. Bondet) : III. *Accès paludéens pernicieux et congestions rénales.*

I. La cirrhose saturnine ; son diagnostic. — Il y a, on le sait, cirrhose et cirrhose. Cette remarque n'est pas vraie seulement au point de vue symptomatique. En voici la preuve. Je la trouve dans le cas d'un malade qui, l'année dernière, se trouvait dans le service de M. Potain, et qui a fait l'objet d'une des instructives leçons de ce maître estimé.

Ce malade accusait de l'ascite, une rate volumineuse et un foie faiblement développé. A ces signes physiques correspondaient des perturbations fonctionnelles : troubles digestifs, état cachectique, affaiblissement ; bref, le cortège habituel aux processus morbides longuement chroniques. Vraisemblablement il s'agissait d'un foie cirrhotique et, plus exactement d'une cirrhose hépatique avec atrophie.

C'était le diagnostic de la lésion ; il s'imposait. Restait à déterminer celui de la cause. Quelle était-elle ? En d'autres termes, de quelle cirrhose s'agissait-il ?

Il y a des atrophies hépatiques simples, sans notables altérations anatomiques de la glande et sans autre signe

Digitized by Google

physique que l'atténuation de son volume : telle l'atrophie de la sénilité ; telle l'atrophie des gens privés de nourriture ; telle l'atrophie de l'inanition dans le cours du cancer des premières voies digestives ou du cardia.

Il y a encore, ne le sait-on pas, des atrophies hépatiques de cause mécanique au cours des cardiopathies et après l'oblitération de la veine-porte ; *atrophies hépatiques par propagation* dans l'inflammation des voies biliaires, la gastrite chronique et l'ulcère stomacal ; enfin, des *atrophies hépatiques* dans la syphilis, la leucocythémie et la cachexie palustre.

Ici cependant, comme dans d'autres cas rien de semblable. Point d'antécédents aigus ou héréditaires, pas d'excès de boissons, rien au cœur, rien à l'estomac. Il faut donc chercher ailleurs : Où ? Serait-ce une cirrhose d'origine toxique ? Il faut penser au saturnisme. La glande hépatique est un lieu de passage pour le plomb. Il s'y arrête, s'y fixe et y provoque la rétraction des capillaires, une moindre vascularité de l'organe, la réduction de son volume et finalement son atrophie.

Est-ce là une hypothèse pathogénique légitime ? Oui. On connaît, en effet, l'atrophie hépatique dans les empoisonnements professionnels des peintres. M. Potain l'a observée chez un photographe ; il l'a vue aussi chez les culottiers qui ont l'habitude de porter souvent à la bouche des fils noirs dont la teinture est à base de plomb.

Telle la profession du malade actuel, telle son habitude, tel le fil dont il se sert quotidiennement. Il présente en outre le liseré gurgival des saturnins. Le diagnostic s'impose. La lésion du foie est donc vraisemblablement de cause plombique.

Je conclus : c'est aisé. Comment procéder en présence d'une atrophie du foie sur la nature de laquelle on hésite et quand on en soupçonne l'origine professionnelle ? Procéder par élimination et regarder aux gencives. Foie diminué, liseré gurgival : à défaut d'autres signes, il y a donc probabilité en faveur d'une atrophie saturnine du foie.

II. Les difficultés du diagnostic des épanchements pleurétiques. — Les pleurésies avec épanchements sont maladies banales, est-ce à dire que leur diagnostic n'offre point de difficultés ? Non, surtout pour évaluer le volume du liquide épanché. M. Rendu le déclarait fort judicieusement dans l'une de ses intéressantes conférences.

Voici une pleurésie humide confirmée. Il faut se rendre compte de la quantité du liquide épanché dans la plèvre. Comment y arriver ?

Inutile d'énumérer les troubles fonctionnels. Leur intensité est-elle en rapport direct avec la quantité du liquide contenu dans la plèvre ? Non, elle dépend de la rapidité avec laquelle l'épanchement s'est produit.

Un épanchement volumineux mais lent est mieux toléré qu'un épanchement peu abondant et brusque. Conclusion : dans la pleurésie c'est la tolérance des organes respiratoires qui juge seule l'intensité des symptômes fonctionnels. On ne saurait, en effet, trop le répéter, la pleurésie est initialement une affection pulmonaire, et, si la plèvre devient malade, c'est que, derrière elle, le poumon a été ou est malade.

De là, deux cas : le parenchyme pulmonaire est-il modérément engoué et facilement dépressible ? Malgré l'abondance de l'épanchement, il y a tolérance et les phénomènes fonctionnels sont peu intenses.

Deuxième cas : le poumon hépatisé plonge dans le liquide pleural à la manière d'une masse solide ? Alors le niveau du liquide épanché s'élève ; la matité s'étend, et l'on peut croire à un vaste épanchement, quand il s'agit seulement d'un volume de liquide peu considérable mais disposé sur une large surface.

Voilà donc des causes d'erreur et, par conséquent, un motif pour préciser les indications diagnostiques fournies par les signes classiques de percussion, de palpation, de mensuration thoracique et d'auscultation.

Quelle valeur attribuer à la *matité?* Elle est relative : il y a, en effet, des épanchements sans matité, et, réciproquement, on constate parfois de la matité en l'absence de tout épanchement. A quel caractère reconnaît-on la matité pleurétique? A sa dureté, à sa résistance, à l'absence d'élasticité sous le doigt et surtout à sa disposition topographique, son importance diagnostique étant d'autant plus considérable qu'elle s'étend plus en avant et remonte plus haut vers la clavicule.

Et le *skodisme?* Coexiste-t-il avec la conservation des vibrations thoraciques? On doit penser à la pleurésie franche. L'abolition de ces dernières avec conservation du skodisme doit, d'après M. Grancher, faire soupçonner la pleurésie tuberculeuse. En effet, le skodisme est un signe d'une lésion pulmonaire plutôt que d'une lésion pleurale. On l'observe dans la pneumonie franche; il correspond à l'engorgement du poumon et il revèle surtout l'état congestif de cet organe. Une discussion plus longue est superflue : ces remarques suffisent pour établir la valeur toute relative du skodisme dans la pleurésie humide.

Un signe de palpation : l'*abolition des vibrations thoraciques* a une importance plus grande, par son siège surtout, quand on la constate en avant, et par sa fidélité, car elle fait rarement défaut. Et cependant — l'exception n'infirme point la règle — on ne doit pas oublier que dans l'état de santé les vibrations thoraciques manquent quand l'embonpoint est excessif et la voix d'un timbre très aigu, et que, dans l'état de maladie, elles peuvent persister quand le sujet est amaigri ou possède une voix de basse.

On juge mieux du volume de l'épanchement par le *déplacement des viscères.* A droite, le foie est abaissé ; mais cet abaissement — le clinicien avisé ne l'oubliera pas — peut être l'effet de la pesanteur et le résultat du

Digitized by Google

volume excessif de l'organe. C'est là une cause d'erreur.

A gauche, cette cause d'erreur n'existe pas : on considèrera comme l'un des meilleurs indices d'épanchement pleural le refoulement du cœur vers le sternum, l'effacement de l'espace de Traube et l'abaissement de la sonorité gastrique. C'est banal ; passons.

La *mensuration thoracique* ne fournit pas d'indications précises. Passons encore et demandons à l'auscultation si elle peut nous donner des renseignements plus exacts. L'*abolition du murmure vésiculaire?* On la trouve dans les pleurésies séreuses. Oui, sans doute ; mais elle se rencontre également dans l'emphysème et les pneumonies massives. Et le *souffle bronchique?* Semblable objection : il existe dans la pneumonie. Des trois signes classiques d'auscutation, un seul reste, l'*œgophonie*. Ce signe n'a pas une valeur pathognomonique, de sorte qu'il en est des symptômes fournis par l'auscutation comme des autres signes physiques : isolé, aucun d'eux ne conduit au diagnostic ferme d'un épanchement pleurétique ; associés entre eux, ils le rendent probable.

En résumé, quel est le diagnostic du volume de l'épanchement ? S'agit-il d'un épanchement abondant: 1,500 à 2,000 grammes? La matité s'étend jusqu'à la clavicule ; les vibrations thoraciques sont abolies ; le murmure vésiculaire a disparu. C'est un grand épanchement. Existe t il à la base du murmure vésiculaire et au-dessus de l'agophonie, du souffle et du skodisme? L'épanchement est moyen et le volume de un litre à un litre et demi.

Cette conclusion n'est pas inédite, j'en conviens ; néanmoins il n'est point superflu d'énumérer de temps en temps les difficultés du diagnostic des épanchements pleuraux: *nil sub sole novi* ; on le sait assez ; l'oublier serait plus nouveau.

III. **Accès paludéen pernicieux et congestion rénale.** — Même réponse à ceux qui considèreront comme banal le fait que M. Bondet (de Lyon) a choisi pour sujet d'une récente leçon et que M. Aurand, son interne, a résumé dans la *Province médicale* du 3 mai courant.

Un homme de 28 ans est impaludé depuis quatre années. Deux fois, en Algérie, il a eu des accès intermittents du type tierce et justiciables de la quinine. De retour en France et après quelques excès de boisson, le 17 avril 1890, il éprouva un frisson, suivi de chaleur et de sudation. Le lendemain, vers trois heures, c'est-à-dire à la même heure, semblable accès fébrile. Le surlendemain, toujours au même moment de la journée, faiblesse, perte de connaissance, coma. Il entre à l'hôpital.

On l'examine : rien au poumon ; rien au cœur ; foie et rate modérément hypertrophiés, urines albumineuses : on ordonne la quinine. Dans la nuit, abondantes transpirations ; le 20 avril, température normale. Les urines contiennent vingt grammes d'urée et un gramme d'albumine par litre ; leur coefficient urotoxique ne dépasse pas 0,150. On pratique l'examen bactériologique du sang : point de flagelles, pas de corpuscules de Laveran. Ces résultats négatifs s'expliquent, puisque cet examen a été pratiqué après l'administration de la quinine.

En conséquence, point de doute ; il s'agit d'un accès de fièvre paludéenne.

Comment interpréter l'état comateux du malade? Coma alcoolique ; coma urémique ; coma de la perniciosité, quel était ce coma?

Point d'antécédents avérés, ni de symptômes actuels d'alcoolisme : l'alcoolisme est donc hors de cause. Et l'urémie? A forme comateuse ou convulsive, elle est causée par la rétention des produits toxiques normalement éliminés par les urines. Physiologiquement, elle a pour origine la suppression de la fonction rénale ; anatomiquement, une néphrite aiguë ou chronique. Ici, les symptômes de néphrite manquent : pas de maladie infectieuse antérieure, pas d'œdème, pas d'hématurie, pas de modification dans la richesse de l'urine en urée ; seulement la faible quantité de un gramme d'albumine.

Mêmes conclusions négatives, si on discute l'hypothèse d'une néphrite brightique ou de la congestion aiguë d'un rein artério-scléreux. En effet, absence de céphalée, d'œdème, d'hypotension artérielle, de troubles cardio-vasculaires ; hyperthermie et non pas hypothermie, il faut chercher ailleurs.

Le diagnostic d'accès intermittents à forme comateuse s'impose : le malade est impaludé ; pendant deux jours il a éprouvé une fièvre pseudo-continue précédant l'accès pernicieux ; l'élévation thermique a été excessive (40,6), enfin la défervescence brusque. Et cependant, comment motiver ce diagnostic pathogénique de la perniciosité ? Par un raccord — que l'on me pardonne cette expression — entre les variations qualitatives de l'urine et les accidents observés. Après des excès de boissons passagers, cet impaludé accuse une albuminurie légère ; son coefficient urotoxique s'est abaissé, il a de l'insuffisance par congestion accidentelle du rein et avec accumulation dans le sang des produits toxiques. Bref, ce sont les indices physiologiques d'une autointoxication.

On admettra aisément — et M. Bondet est partisan de cette opinion — qu'au déclin de l'accès fébrile intermittent, il se produit une sorte de décharge par le rein ou la peau, éliminant hors de l'organisme les microbes et leurs produits toxiques, d'où les flux urinaires et sudoraux des accès au déclin.

Le rein est le grand émonctoire. Qu'il se ferme? L'urine se raréfie ; son coefficient urotoxique diminue ; les produits toxiques s'accumulent dans l'organisme, les accès intermittents deviennent plus intenses, et la perniciosité s'établit. Que l'insuffisance rénale disparaisse? La diurèse augmente ; l'urine perd sa densité, c'est le flux urinaire terminal des accès fébriles dont nos anciens discouraient si volontiers. En langage plus moderne, c'est une décharge de microbes et de leurs produits hors

Digitized by Google

de l'organisme. Les mots changent, les idées se transforment, mais les principes sont immuables.

J'en conclus que pour formuler le diagnostic et le pronostic du paludisme pernicieux, il ne suffit pas de tenir compte de la forme, de la périodicité et de l'intensité des accès; on doit prendre encore en considération l'intégrité anatomique du parenchyme rénal. Ici donc, une fois n'est pas coutume, la théorie paraît être en parfait accord avec les faits.

CH. ELOY.

REVUE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE MILITAIRE

I. *Des lésions produites par les balles de petit calibre.* — II. *Clou de Biskra à longue incubation.*

I. **Des lésions produites par les balles de petit calibre.** — M. le médecin-major Nimier, dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires* d'avril dernier, compare les données fournies par un mémoire du Dr Johann Habart, publié par les soins du Comité de santé militaire autrichien. *Mittheilungen der K. u. K. Militær-Sanitæts-Comite* I-III (*Sammlung medicinischer Schriften*. V-VII, Wien, 1890), avec celles qu'il a déduites d'expériences entreprises en 1888 sous la direction de M. Chauvel, dont il était l'agrégé.

Le fusil adopté par l'Autriche depuis 1888 est le fusil à répétition Mannlicher, du calibre de 8 millimètres, lançant à 3,700 mètres une balle de 15,8 grammes à noyau de plomb dur comprimé dans un manteau d'acier. Elle mesure 31,8 millimètres, fait 2,120 tours à la seconde, avec une vitesse de 530 mètres au départ.

La balle Lebel, en plomb dur à manteau de maillechort, du poids de 15 grammes, du même calibre et de même longueur, n'en diffère que par le mouvement de rotation qui est un peu plus rapide (2,541 tours à la seconde) et la vitesse initiale qui est supérieure (610 m.).

Aussi, est-on en droit d'attendre, au point de vue chirurgical, des résultats à peu près identiques de ces deux projectiles. Il nous a donc paru intéressant de faire connaître à nos lecteurs les conclusions respectivement adoptées à ce sujet par le chirurgien militaire d'Autriche et par celui de l'Ecole du Val-de-Grâce.

Pour Habart, la déformabilité moindre et la réduction des effets *explosifs*, se traduisant par l'étroitesse des traces d'entrée et de sortie et la limitation des désordres des parties molles à distance, justifient la qualification d'humanitaire appliquée d'une façon générale au projectile à manteau de petit calibre. Toutefois il estime que la lésion des organes vitaux (cerveau, cœur) sera toujours mortelle à courte comme à longue distance, que beaucoup de blessures s'accompagneront d'hémorragies, surtout internes, et que, par sa puissance de pénétration, le projectile de 8 millimètres pourra transpercer sans difficulté homme et cheval jusqu'à 1,500 m., causer de multiples blessures à un homme et en atteindre plusieurs (au moins deux dans les première et deuxième zônes). L'étendue de la perte de substance osseuse dans la zône d'explosion, et le fait que, même à 1,500 m., les brisements osseux sont considérables sans que le projectile soit arrêté, prouvent que le fusil à magasin Mannlicher est une des meilleures armes à feu modernes.

Voici maintenant les conclusions qu'ont formulées de leur côté MM. Chauvel et Nimier :

1° Aux distances moyennes (1,200 à 400 m.), les désordres sont limités tout autant par le défaut de déformation que par l'absence d'arrêt de la balle Lebel dans les tissus;

2° A courte distance (200 m. et en deçà), les effets dits *explosifs* paraissent moins fréquents qu'avec les projectiles de plomb durci sans enveloppe (fusil Gras, 11 millim.);

3° Aux distances éloignées (2,000 ou 1,200 m.), les balles Lebel font dans les parties molles et dans les os spongieux des lésions moins étendues et moins graves et dans les os compacts des fractures plus compliquées que les balles de plomb des armes anciennes.

4° L'extrême rareté du séjour de la balle rendant toute exploration inutile, doit permettre une antisepsie immédiate très favorable et fait désirer à notre estimé confrère l'adoption d'un paquet de pansement individuel.

II. **Clou de Biskra à longue incubation.** — M. le Dr Guibbaud, médecin aide-major de 2e classe, vient de relater dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, l'observation très détaillée d'un officier d'artillerie qui, après un séjour de huit ans en Algérie (Philippeville, Soukharras, Guelma, Sétif, Biskra, Constantine), fut atteint cinq mois après sa rentrée en France d'un ulcère de la joue droite, qui fut pris d'abord, en l'absence de tout antécédent syphilitique, pour un épithélioma, par un praticien distingué d'Angers.

Cette ulcération évolua du 4 janvier environ au 16 mars 1882, successivement traitée par les attouchements à la solution boriquée à 2 pour 100, à la solution forte de sublimé à 1/20, avec pansement exclusif à la baudruche et au collodion, par les cataplasmes d'amidon et par le glycérolé d'amidon iodoformé.

La guérison fut complète, il resta une cicatrice régulière, à peine déprimée, de couleur légèrement brunâtre.

Incidemment la totalité du corps (visage compris), fut couverte d'une éruption papuleuse, qui, en aucun cas, n'a présenté l'évolution de la papule de la joue, bien qu'étant de la même nature, ainsi que la preuve en a été faite par inoculation volontaire.

Les clous de Biskra à longue incubation sont peu communs et d'un diagnostic incertain, surtout au début; aussi avons-nous cru devoir signaler ce cas, que notre confrère incline à rapporter à l'usage de gants qui, employés par son client en Algérie, n'avaient été ni blanchis, ni désinfectés depuis son retour en France. X.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Empoisonnement par l'antipyrine, par M. le Dr W. YOUNG. — A la suite de l'administration de trente centigrammes de ce médicament, le malade, un homme de quarante-trois ans, se plaignit de constriction pharyngée, d'angoisse présternale, et de

Digitized by Google

dypsnée (*The N.-Y. Med. Record*: 12 avril 1890. p. 409). Pendant vingt minutes ces symptômes augmentèrent d'intensité; puis le malade éprouva des douleurs dans les bras, le cou et les épaules, des troubles visuels, du vertige et des nausées. Immédiatement, M. Young lui prescrivit des stimulants : la douleur diminua, le pouls et le cœur reprirent leur rythme, et on observa une éruption ortirée qui persista pendant trois heures sur la totalité du corps. Ces accidents survenant après l'ingestion d'une dose aussi faible d'antipyrine ne sont ils pas le résultat d'une idiosyncrasie? S. R.

De l'intubation du larynx dans le croup, par M. le Dr Duchamp. — M. Duchamp a pratiqué quatre fois cette opération, deux fois avec succès et deux fois sans succès. (*La Loire medicale*, 15 avril 1890.) Il admet que l'intubation est aussi efficace que la trachéotomie; la recommande pour les petits enfants chez lesquels la trachéotomie réussit peu et la considère comme l'opération de choix quand il faut agir rapidement, éviter toute plaie susceptible de s'infecter et opérer sans aide ou avec un faible éclairage. C'est une opération rationnelle et pratique. S. R.

Du traitement prophylactique de la scarlatine, par M. le Dr G. de Rosa. — A l'instar de Barkes, l'auteur a prescrit l'acide salicylique à soixante-six enfants appartenant à des familles dans lesquelles il existait des cas déclarés de scarlatine. La dose journalière du médicament variait, suivant l'âge, entre dix et trente centigrammes. (*Giornale inter. delle Scienze mediche*, mars 1890.)

M. de Rosa admet que cette médication diminue les chances de contagion et qu'en tout cas, si elle n'est point prophylactique, elle rend la maladie beaucoup plus bénigne.

Du somnal, par MM. les Drs Venanzio et Sighialli. — Les auteurs résument ainsi leurs essais. A la dose de 4 et 6 grammes le somnal, disent-ils, ne provoque jamais de troubles gastriques graves, ne diminue point l'appétit et ne retarde pas la digestion. (*Gazz. degli Ospidali*, 20 mars 1890.)

A la dose de 2 à 6 grammes, il ne modifie point la fréquence des battements du pouls, ni le rythme respiratoire. Par contre, après son administration on observe souvent de la rougeur de la face que MM. Venanzio et Sighialli attribuent à une sorte de paralysie des nerfs vaso-moteurs. C'est à ce moment que le malade éprouve de la céphalalgie et des phénomènes vertigineux.

La dose hypnotique de somnal est de quatre grammes en moyenne. Elle provoque le sommeil dans l'espace d'une demi-heure et ce dernier persiste durant sept, huit ou neuf heures.

Au point de vue clinique, les auteurs constatent que le somnal agit surtout contre l'insomnie des psychoses à forme dépressive. En résumé, par ses propriétés médicinales, il a place entre le chloral et l'uréthane.

De l'ouabaïne contre la coqueluche, par M. le Dr W. Gemmell. — Cet alcaloïde de la *Carissa Schimperii* possède, on le sait, la propriété de ralentir la respiration. On l'a proposé contre l'asthme. M. Gemmell l'a essayé contre la coqueluche dans quarante-neuf cas; vingt-cinq malades ont été améliorés, deux succombèrent à des affections intercurrentes, deux autres par inanition et les autres furent perdus de vue. (*The Brit. Med Journal*, 26 avril 1890.)

Il admet que l'ouabaïne est utile dans toutes les périodes de la maladie. Au début elle diminue la longueur des accès; plus tard elle atténue la violence de la toux et le nombre des quintes; au déclin, elle abrège la convalescence. L'ouabaïne n'aurait point d'effets cumulatifs. On doit l'administrer à la dose de un millième de grain toutes les trois heures aux enfants âgés de moins d'un an. Au-dessus de cet âge on double la dose. Il est avantageux de la dissoudre dans l'eau ou de l'associer au bromure de potassium ou à l'hydrate de chloral. Enfin, sous cette forme, elle est bien tolérée. S. R.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Du chlorhydrate d'ammoniaque dans les cas de congestion pulmonaire

Par M. le Dr Michel Dansac.

M. le Dr Marrotte, dont l'autorité médicale est bien connue, et qui est, après M. le Dr Henri Roger, le doyen des médecins des hôpitaux de Paris, s'est servi, avec un grand succès, du chlorhydrate d'ammoniaque dans les affections catarrhales qui forment un groupe de maladies très intéressant et surtout très important au point de vue clinique (1).

J'ai donc été amené, sur ses conseils, à employer le sel ammoniac dans la grippe, et je désire faire connaître les résultats que j'ai obtenus.

L'un des malades est âgé de soixante-douze ans. Il est arthritique, s'enrhume à peu près chaque hiver depuis un certain nombre d'années; il n'a point d'affection au cœur, ni au rein. Vers le commencement de décembre, il me fait demander pour un rhume qui, m'a-t-il dit, le fatiguait beaucoup. Je constate en arrière de la poitrine des râles sous-crépitants fins, un certain affaiblissement du murmure vésiculaire de la respiration soufflante, quelques portions avec submatité, et tous ces phénomènes distribués dans la poitrine, en quelque sorte d'une façon désordonnée. Le pouls et la température sont normales le matin, mais, le soir, la chaleur arrive variant entre 38 et 39 et le pouls ne s'élève jamais au-delà de 76 ou 80. Mais la surexcitation est vive et il y a du délire la nuit. La toux est fréquente et pénible, et l'expectoration difficile et très visqueuse.

Ce qui est le plus pénible au malade, c'est sa toux en même temps que la dyspnée, il lui semble qu'il étouffe d'une façon continue et pourtant il n'y a point de douleurs.

J'administre le sel ammoniac à la dose de trois grammes en vingt-quatre heures par dose de 0,50 centigrammes chaque fois. Dès le lendemain, le malade respire plus aisément et le troisième jour, il n'y a plus de chaleur vespérale, plus de delire; la dyspnée a disparu.

Deux autres malades, l'un âgé de cinquante-six ans, alcoolique, artério-scléreux, atteint d'une légère cirrhose et d'une hypertrophie prostatique avec cystite chronique, l'autre, âgé de cinquante ans, arthritique également, un peu névropathe, sujet aux catarrhes répétés, m'offrent également, surtout chez le premier, tous les phénomènes de la congestion pulmonaire. Tous les deux, après trois jours d'usage du sel ammoniac, ont été débarrassés de ces symptômes de suffocation si menaçants et si terribles.

Le quatrième est âgé de soixante ans; il est alcooli-

(1) *Société médico-pratique*, 10 mars 1890.

Digitized by Google

que. Quand j'arrive auprès de lui, il m'accuse une dispnée effrayante pour l'entourage, la toux est pénible, sans expectoration, le pouls compte 100 pulsations; la chaleur est de 39°4. Je constate les signes évidents de bronchopneumonie, surtout à droite. J'administre le sel ammoniac : à la dose de trois grammes. A chaque dose, m'a-t-il raconté le lendemain, *il éprouvait une grande chaleur et une poussée de transpiration*. Le troisième jour je n'avais plus à soigner qu'une bronchite ordinaire sans dyspnée et avec expectoration facile.

Le sel ammoniac semble donc bien avoir agi comme fébrifuge et comme stimulant diffusible. N'aurait-il pas encore une action directe sur le système nerveux, sur le nerf pneumo-gastrique, en faisant cesser la dyspnée?

Telle est la communication que je désirais faire. Je serais bien heureux si j'ai pu inspirer une ferme confiance en suggérant l'idée d'employer le sel ammoniac dans les cas de grippe.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la suggestion hypnotique dans la morphinomanie

Par M. le Dr Maurice Bloch (1).

Les associations morbides sont intéressantes à connaître en raison de la difficulté du diagnostic, et des considérations doctrinales auxquelles elles prêtent.

Ce sujet a été traité, comme on sait, à maintes reprises, dans ces derniers temps, par Charcot en France, par Oppenheim, en Allemagne et par Buzzard en Angleterre. Mais ce n'est pas ce point de vue théorique que nous tenons surtout à mettre en relief, mais principalement le côté pratique.

Notre malade présentait à notre observation trois maladies, l'ataxie locomotrice, l'hystérie et la morphinomanie.

Voici son observation:

Je suis appelé à donner des soins à Mme de T..., âgée de 28 ans, dans le courant du mois de mai 1889.

Les *antécédents héréditaires* sont peu importants, et les antécédents personnels, hormis quelques convulsions dans l'enfance, n'ont également rien de remarquable.

Début et marche. L'affection actuelle a commencé il y a neuf ans par des crises douloureuses dans le poignet gauche, sans rougeur ni gonflement ; ces crises étaient intermittentes, plus intenses la nuit que le jour. Les douleurs gagnèrent ensuite le poignet droit avec les mêmes caractères, puis les deux jambes, où elles affectèrent tout à fait les signes des douleurs fulgurantes revenant par crises au moment des changements de température.

C'est à l'occasion de ces phénomènes douloureux que la malade eut recours aux injections de morphine.

Il y a trois ans survinrent des troubles oculaires, strabisme et diplopie des deux yeux ; puis des troubles de la miction, incontinence d'urine, qui dura peu.

Les désordres de la motilité ne sont apparus que depuis un an et demi environ : la démarche était difficile dans l'obscurité, puis elle est devenue de plus en plus pénible.

Depuis huit ans, la malade a noté que chaque fois qu'elle est contrariée, elle éprouve une sensation de boule qui part de l'épigastre et remonte à la gorge en provoquant une sorte de constriction douloureuse. Une seule fois l'une de ces *attaques ébauchées* est accompagnée de perte de connaissance, qui a duré peu de temps et ne s'est pas complétée par des mouvements convulsifs.

Les habitudes de morphinomanie remontent au début de la maladie. Tout d'abord la malade n'avait recours aux piqures qu'au moment des crises ; ce n'est que depuis quatre ans, qu'elle est véritablement morphinomane, absorbant a peu près 50 centigrammes de morphine par jour. Quotidiennement (injections toutes les trois heures). Le matin au réveil, la malade se faisait une première injection, qui était suivie d'une période d'*euphorie* de trois heures, après lesquelles elle était obligée de recommencer. Chaque injection était de plusieurs seringues, de sorte que Mme de T... prenait, dans ses vingt-quatre heures, la quantité de toxique que nous avons dite. Si elle tardait à prendre la morphine, le besoin s'en faisait sentir par le développement des troubles suivants : baillements, tremblement généralisé, sueurs froides, coliques, vomissements, toux sèche, etc. ; bientôt une période d'excitation se produisait avec cris, vocifération; qui ne se calmait qu'avec l'injection.

J'eus occasion de traiter Mme de T..., à l'occasion du développement d'un phlegmon grangréneux circonscrit de la cuisse, consécutif à l'une de ses piqûres. A ce moment elle se trouvait dans un état général déplorable, et qui attirait bien plus mon attention que les troubles nerveux qui en avaient été l'origine. Elle était faible, amaigrie (ayant perdu rapidement 15 kilogrammes de son poids), sans aucun appétit et de plus tourmentée de vomissements incessants et d'une diarrhée rebelle.

Au cours du traitement local de l'abcès, frappé de la déchéance profonde dans laquelle la malade était plongée par son intoxication, j'eus l'idée d'essayer, contre les habitudes morphiniques, l'emploi de la suggestion hypnotique. Je pensais pouvoir déterminer l'hypnose sans difficulté chez cette malade, en raison des troubles hystériques qu'elle avait autrefois présentés, et dont elle gardait des stigmates. J'y était d'autant plus encouragé, que je n'ignorais pas que cette méthode comptait déjà quelques succès pour des cas semblables, et qu'en réalité la malade souffrait bien plus des accidents de son empoisonnement que de ceux de sa myélopathie.

Le 9 mai, j'obtins chez elle, assez facilement, par la seule fixation du regard, une sorte de sommeil — (état de petit hypnotisme sans phénomènes somatiques) — je lui fis alors l'injonction suggestive suivante : « Ne plus se faire de piqûres de morphine, ne pas en demander au médecin ni à personne, ne plus pouvoir la supporter... avoir horreur de la morphine..., etc. ».

Le jour même de cette suggestion la malade me rendit spontanément sa seringue, disant qu'elle ne voulait plus de piqûres, et, en effet, elle n'en eut pas. Les jours suivant j'établis autour d'elle la surveillance la plus active, et je m'assurai que la malade ne se procurait plus et n'usait plus de morphine.

Les suites de cette suppression furent remarquables les vomissements et la diarrhée séreuse dont Mme de T. souffrait déjà durèrent encore, il est vrai, une dizaine de jours, puis cédèrent à la médication habituelle, mais il ne se produisit ni tremblement, ni collapsus. Du au 23, je pratiquai encore trois piqûres, craignant même que cette suppression brusque n'entraîne des conséquences fâcheuses; je dus, à cette occasion,

(1) *Société médico-pratique*, 10 mars.

Digitized by Google

ter beaucoup auprès de la malade qui refusait énergiquement de s'y soumettre.

Le 30 mai 1889, le Dr Paul Blocq examine la malade avec moi et nous rédigeons l'observation suivante :

Il s'agit d'une femme de moyenne constitution, reposant dans le decubitus latéral. Elle répond avec une volubilité anormale aux questions qu'on lui adresse et paraît en proie à un certain degré d'excitation. Les facultés intellectuelles sont encore troublées, en outre de ce verbiage, par une diminution de la mémoire, qui, sans l'empêcher, rend un peu incertaine et bien laborieuse la recherche des antécédents.

La parole est légèrement embarrassée, et il existe un peu de tremblement fibrillaire de la langue.

On constate un myosis double assez prononcé et le signe d'Arghill-Robertson. Le champ visuel est rétréci des deux côtés.

Les membres inférieurs sont amaigris, la peau des cuisses principalement porte les traces des piqûres et les cicatrices de plusieurs abcès. La force musculaire est conservée. Il existe une incoordination motrice manifeste ; la malade n'arrive pas à atteindre avec le pied le but qu'on lui propose.

Debout, la malade ne peut se tenir les yeux fermés sans osciller (signe de Romberg). Sa démarche n'est pas franchement tabétique, mais en même temps titubante. Elle jette les pieds en avant et en dehors, frappe le sol du talon, mais en même temps vacille et ne marche pas en ligne droite.

La force musculaire est conservée aux membres supérieurs ; on n'y observe ni ataxie, ni tremblements.

Les douleurs fulgurantes persistent encore dans les jambes et dans les bras avec les mêmes caractères. La sensibilité tactile est conservée, mais il y a du retard dans les perceptions, aux membres inférieurs. Le sens musculaire y est aboli, et la malade a perdu la notion de situation des membres. Les membres supérieurs sont analgésiés sans anesthésie dans toute leur étendue, jusqu'à leurs attaches.

Le pharynx est insensible. Le goût et l'ouïe sont conservés. Pas de zones thystérogènes.

J'ordonnais de continuer la suppression de la morphine, de donner à la malade des toniques et d'instituer contre les signes tabétiques le traitement par la *suspension*.

Pendant le mois qui suivit, ces règles furent bien observées ; la malade ne prit plus de morphine et se soumit à la suspension. Je constatai un relèvement notable de l'état général (augmentation de poids de 10 livres) et une grande amélioration des seules douleurs.

Depuis, la malade a quitté Paris et je n'ai pu avoir de ses nouvelles.

Nous allons maintenant, pour terminer, faire quelques réflexions au sujet de cette guérison assez extraordinaire.

Le fait que la malade avait depuis longtemps recours à la morphine ne suffirait pas à établir qu'elle était morphinomane. On sait, en effet, que ce mot sert à désigner les seuls malades chez lesquels le toxique est devenu un tel besoin, que sa privation entraîne des accidents immédiats *dits d'abstinence*, tels que tremblement, vomissements, diarrhée, collapsus, etc. Or, c'était bien là la situation de Mme de T..., qui, depuis plusieurs années, était obligée de s'injecter sa morphine toutes les trois heures, sous peine de voir se développer les accidents habituels aux morphinomanes privés de leur piqûre. Le Dr Paul Blocq, après avoir constaté les cicatrices des piqûres, a notamment insisté dans son examen sur l'existence antérieure de ces caractères de la morphinomanie (période d'euphorie et d'abstinence).

Il n'y a donc plus à douter de la vérité de la guérison, car j'ai suivi la malade pendant près de deux mois, et crois avoir pu pendant ce temps la surveiller assez attentivement, pour affirmer qu'elle ne prenait pas de morphine à mon insu, mon attention étant éveillée sur l'éventualité de cette fraude.

En résumé, deux particularités de cette histoire nous ont semblé tout à fait remarquables : 1° il a suffi d'une seule *suggestion* pour désruire complètement une morphinomanie datant de quatre ans ; 2° la suppression brusque de la morphine, loin d'entraîner des accidents graves a été suivie des meilleurs résultats.

Nous laisserons à d'autres plus autorisés le soin d'expliquer cette action thérapeuthique ; le fait nous paraît assez significatif par lui-même pour se passer de commentaires. Il nous suffira de faire remarquer, en terminant, qu'il pourrait être invoqué à l'appui de leur opinion par les partisans de la *suppression brusque*, dans le traitement de la morphinomanie.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

De l'antisepsie chirurgicale (1)

II. **Antisepsie pendant l'opération.** — Les règles auxquelles on doit se conformer pendant l'intervention peuvent être résumées en quelques lignes. Il est nécessaire que l'opérateur prenne lui-même ses instruments, à moins d'être secondé par un aide en qui il ait une entière confiance. Il est d'autant plus indispensable que le chirurgien fasse toutes ses recommandations, qu'il doit compter avec les incidents opératoires. S'il survient, par exemple, une alerte au cours de la chloroformisation, un assistant, non prévenu ou non désinfecté, pourra, sans que le chirurgien s'en aperçoive, poser sa main sur la plaie ou ramasser un instrument tombé à terre. Vérifiez, avant de vous en servir, les pinces à forcipressure, dont les mors sont souvent mal nettoyés. Si une pince, un bistouri, etc., tombent à terre, faites-les mettre de côté et ne les utilisez plus pendant toute la durée de l'opération. Evitez aussi de placer vos instruments sur le lit du malade, en un point qui est situé en dehors du champ opératoire et qui n'est point protégé par des compresses trempées dans le sublimé ou l'acide phénique. Lavez fréquemment vos mains dans un liquide antiseptique et priez vos aides d'en faire autant. Quelques chirurgiens s'imaginent, bien à tort, que ces précautions sont superflues. Les petites fautes qu'on s'expose à commettre sont, au contraire, tellement nombreuses que nous renonçons à les énumérer toutes. Nous tenons seulement à répéter qu'il faut éviter par-dessus tout de faire passer de main en main les instruments, les compresses, les éponges, etc. Ces habitudes, encore trop répandues, sont bien souvent la cause des contaminations septiques.

Nous avons supposé plus haut que nous étions à même de choisir l'étoffe de nos lambeaux et que nous opérions sur des tissus sains, non infiltrés de sérosité, de sang ou de pus. En pareil cas, un des meilleurs procédés pour l'amputation de la cuisse au tiers inférieur est celui qui

(1) Fin. Voir Janvier et Février 1890.

Digitized by Google

consiste à tailler un grand lambeau antérieur et un petit lambeau postérieur. Ce procédé s'exécute rapidement et facilement ; il a, de plus, l'avantage de donner une large surface, qui est très favorable à l'adaptation des sutures et à la réunion par première intention.

Dès que le membre est supprimé, il faut faire l'hémostase. Il est des chirurgiens qui, sans permettre le rétablissement de la circulation, lient les principales artères et terminent immédiatement sutures et pansement. D'autres enlèvent, au préalable, le tube d'Esmarch, pincent et lient successivement les vaisseaux qui donnent du sang. Quoi qu'il en soit, les catguts doivent être pris directement par l'assistant chargé de procéder aux ligatures et les fils seront sectionnés à ras des vaisseaux.

Avant de faire les sutures des plans musculaires et cutanés, il convient de laver toute l'étendue des surfaces cruentées avec une solution phéniquée forte. Beaucoup de chirurgiens tiennent pour les abondantes irrigations ; elles ne sont pas indispensables. On obtient des résultats aussi satisfaisants et on s'expose moins aux intoxications en touchant simplement, sans frotter (pour ne pas enlever les ligatures), toute la plaie à l'aide d'un tampon imbibé d'eau phéniquée à 5 0/0. Le lavage n'est utile que s'il existe des culs-de-sac, des anfractuosités.

Doit-on drainer? Cette question, récemment débattue à la Société de chirurgie, n'a pas encore reçu de réponse définitive. Il est incontestable que la réunion réellement complète est plus brillante, que la cicatrisation est terminée quatre ou cinq jours plus vite. Mais il faut compter aussi avec l'exsudation qui se fait à la profondeur de la plaie ; les liquides exhalés, dont on ne saurait prévoir la quantité, peuvent parfois s'accumuler en telle abondance qu'ils compromettent la réunion *per primam*, grâce à la tension qu'ils exercent sur la ligne de suture. Aussi croyons-nous, jusqu'à nouvel ordre, que le drainage est utile, quand il s'agit de plaies étendues, comme dans les amputations de cuisse, par exemple ; pour les petites plaies, on peut s'en passer, si on est sûr de son antisepsie. Dans le cas particulier, on placera de préférence à chacun des angles latéraux un tube à parois résistantes. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que le chirurgien choisira et prendra lui-même ses drains dans le bocal qui sert à les conserver.

3° **Antisepsie après l'opération.** — Après l'opération, le rôle du chirurgien antiseptique est loin d'être terminé ; on peut même dire que cette période, qui s'étend jusqu'à complète cicatrisation, mérite le plus d'attention, si on ne veut s'exposer à une infection consécutive.

Le premier pansement est de beaucoup le plus important. Après nettoyage soigné des mains, l'opérateur doit autant que possible prendre lui-même les matériaux qu'il veut employer ; en tout cas, ceux-ci ne seront jamais extraits des boîtes ou des gaines qui les renferment avant le moment du pansement ; il ne faut pas — pratique déplorable — défaire à l'avance les paquets d'ouate et les laisser traîner sur le lit ou sur une table. Quel genre de pansement faut-il adopter? Le plus simple et le moins coûteux est le meilleur. Après avoir lavé le champ opératoire, après s'être assuré du bon fonctionnement des tubes à drainage, on saupoudre la plaie de poudre d'iodoforme ou de salol et on la recouvre de gaze antiseptique bien imbriquée. Puis on soutient les lambeaux à l'aide de gaze chiffonnée ou d'éponges bien aseptiques de façon à exercer de tous côtés une compression égale. Il ne reste plus qu'à entourer le moignon d'ouate hydrophile antiseptique et à poser méthodiquement les bandes. On a soin de fermer toutes les entrées en dépassant les bords du pansement. Quelques chirurgiens appliquent même à la racine du pansement une bande de caoutchouc pendant les huit ou dix premières heures qui suivent l'amputation.

Parfois la cicatrisation s'opère sous un seul pansement. Si on a drainé la plaie, les tubes seront enlevés vers le cinquième jour, les points de suture vers le dixième ou douzième. Il est bon de renouveler le pansement avant le cinquième jour quand les liquides exhalés de la plaie l'ont traversé entièrement. Enfin, il ne faut jamais hésiter à lever le pansement, quand la température dépasse la normale.

Nous n'avons pas besoin de répéter que le renouvellement des pansements est souvent, pour une plaie, la source d'infection grave ; il convient, en conséquence, de s'entourer des mêmes précautions qu'avant et pendant l'opération.

Telles sont exposées, sous une forme élémentaire, les principales règles de l'antisepsie, Celle-ci, nous ne craignons pas de l'affirmer, ne comporte pas de degrés ; on n'est pas plus ou moins antiseptique ; on est antiseptique ou on ne l'est pas. On comprend, en effet, que la faute la plus légère entraîne les conséquences les plus fâcheuses. C'est surtout sur les petits écueils à éviter que nous avons désiré appeler l'attention et le lecteur voudra bien nous pardonner les longueurs minutieuses dans lesquelles nous sommes entré. Notre sujet est, néanmoins, loin d'être épuisé ; nous avons supposé une amputation pratiquée sur des tissus sains, chez un sujet indemne de toute tare pathologique. Or, si l'antisepsie n'admet pas de degrés, elle comporte des modifications suivant la région sur laquelle on opère, la nature des tissus, l'état du sujet.

Dr H. Rieffel.
Prosecteur à la Faculté.

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

Une opération de sarcome chez une femme de 89 ans

Lisieux, 9 mai 1890.

Le 12 juillet 1888 entra à l'hôpital de Lisieux, dans le service de M. le Dr Notta que j'avais l'honneur de suppléer, la nommée L... Claire, âgée de 89 ans. Cette femme, d'une bonne constitution, est cependant emphysémateuse et paie depuis quelques années son tribut à l'hiver par une bronchite. Elle porte au sein

Digitized by Google

droit une tumeur de la grosseur du poing environ, dont l'existence ne daterait que de deux mois à peine.

Elle est très dure, mobile, et offre une ulcération datant d'un mois, laquelle a donné plusieurs fois lieu à des hémorragies. Je crois à un sarcome, et l'examen microscopique a depuis confirmé cette manière de voir.

Le 15 juillet, assisté de mon confrère le Dr Loisnel, je pratique l'opération. Le chloroforme est bien supporté, la malade s'endort facilement, quoique son oppression habituelle oblige à enlever fréquemment la compresse. La plaie est réunie par des sutures métalliques ; un drain à la partie déclive; pansement de Lister complet; deux ou trois couches d'ouate et bandage de corps.

Les jours suivants, pas de douleur, à peine de la fièvre, ce qui m'engage à ne pas toucher au pansement qui reste jusqu'au huitième jour.

A l'ouverture du pansement je trouve la plaie complètement réunie, j'enlève les sutures et le drain à la place duquel a suinté pendant cinq ou six jours un liquide séro-sanguinolent. Le 1er août, la malade sort de l'hôpital.

Aujourd'hui, la santé de cette femme se maintient bonne.

Dr Decornière.

Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris.

REVUE DES LIVRES

Etudes de clinique infantile, par M. le Dr W. Sevestre, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés (Paris, 1890, Delahaye).

Tandis que, dernièrement, M. Fournier exposait les accidents tardifs de la syphilis héréditaire, M. Sevestre énumère et discute les manifestations précoces attribuées à cette syphilis.

La syphilide bulleuse (pemphygus) peut exister dès la naissance; c'est donc la première en date des lésions ; elle affecte la paume des mains et la plante des pieds ; les autres syphilides n'apparaissent que plus tard. Le facies du jeune hérédo-syphilitique ne diffère souvent en rien de celui d'un enfant sain ; le tableau de Legendre n'est vrai que lorsque l'athrepsie vient s'ajouter à la syphilis : c'est un point sur lequel M. Sevestre insiste avec raison.

La description des éruptions diverses qu'on rencontre dans la syphilis héréditaire est l'objet d'un soin particulier, ainsi que leur diagnostic, avec les éruptions banales, érythème fessier simple ou vésiculeux et papuleux post-érosif, qui n'ont rien de commun avec les dermopathies spécifiques.

Un chapitre consacré aux manifestations laryngées de la syphilis héréditaire précoce nous montre que ces accidents sont moins rares qu'on ne le dit généralement, mais qu'il faut penser à les rapporter à leur cause et que parfois ils peuvent se rapprocher symptomatologiquement du croup.

La forme de broncho-pneumonie infectieuse d'origine intestinale décrite concorde avec les idées en cours sur les infections qui, de locales, deviennent facilement générales.

La publication se termine par les mesures de prophylaxie prises contre la rougeole et la diphtérie à l'hospice des Enfants-Assistés, dont le résultat a amené un abaissement considérable des cas de contagion intérieure et de la mortalité.

Dr H. Gillet.

Du traitement des aliénés dans les familles par M. le Dr Féré. (Paris 1889, Alcan).

S'il est contestable que le nombre des aliénés par rapport à la population a augmenté dans ce siècle, il n'est pas douteux que le nombre des aliénés admis dans les asiles de l'Etat a augmenté, ce qui constitue une lourde charge. Cette considération qui a conduit M. Féré a examiner l'assistance familiale dans les pays étrangers, c'est-à-dire le traitement des aliénés en dehors des asiles. Avant tout, il réserve l'asile pour les aliénés réellement dangereux, pour les idiots et les épileptiques à attaques fréquentes.

L'assistance familiale se présente en pratique à l'étranger sous trois formes : 1° la colonie annexée à un asile ; 2° la colonie libre ; 3° l'isolement individuel.

L'asile de Clermont, celui d'Astcherbitz en Saxe, celui de Slup près de Pragues et celui d'Ellen, annexé à l'asile de Brême, représentent les colonies annexées aux asiles. Le patronage familial dans les colonies autonomes, c'est-à-dire le système belge, est représenté par l'organisation de Gheel, dans l'ancien département des Deux-Nèthes, ville de 5000 habitants, comprenant dans ses 22 hameaux 1000 hectares. Ce patronage y est devenu une industrie locale ; presque tous les habitants se chargent de malades moyennant le prix de 84, 94, 99 centimes par jour selon que ce sont des malades propres, demi-gâteux, ou gâteux.

La colonie de Lierneur est une autre colonie belge plus récente.

Les adversaires de colonies analogues en France ont émis l'objection suivante : ce sont de grandes agglomérations d'aliénés; ce système ne peut guère s'appliquer que dans un pays agricole, isolé de chemins de fer et de canaux.

Pour répondre à cette objection, M. Féré étudie dans les chapitres suivants, l'assistance des aliénés dans les maisons privées, c'est-à-dire le système économe, où les aliénés son disséminés dans des villages éloignés les uns des autres, chez des nourriciers qui n'ont d'autres liens administratifs que des inspecteurs communs ; le prix de revient est de 1 franc par jour. Le système économe s'appelle *private dwelling système* et s'applique surtout aux incurables inoffensifs ; il s'étend même aux aliénés criminels supposés guéris. L'expérience de ce système a été faite et le résultat a été reconnu favorable en Amérique dans l'état de Massachussets.

M. Féré fait observer que si l'on applique ces systèmes en France, il conviendrait de pratiquer une sélection parmi les malades, et les premiers chapitres de la deuxième partie du livre sont consacrés à l'étude des maladies convenant les unes aux asiles, les autres à l'assistance familiale.

Dans les derniers chapitres, l'auteur à l'aide de notions générales, montre avec quelles précautions le traitement privé des aliénés doit être entrepris, quelle responsabilité assument ceux qui le dirigent. Une revue rapide des soins multiples nécessités par un tel système et des conditions matérielles qu'il comporte met en évidence le caractère utile mais exceptionnel de ce traitement et fait comprendre au point de vue de l'assistance la distinction capitale entre les aliénés curables et difficiles à ménager (asiles et les aliénés) incurables et inoffensifs (patronage familial). D. Charpentier.

L'organisation des secours publics en cas d'accidents, en Allemagne et en Autriche, par M. le Dr E. Mauriac. (Bordeaux, 1890. Feret.) — Notre distingué confrère est l'initiateur d'un projet, actuellement en voie de réalisation, de Société d'ambulances urbaines à Bordeaux. A cet effet, il a cherché avec soin et sur place l'Association samaritaine allemande (*Deutsche Samariter-Verein*) et la Société viennoise des Sauveteurs volontaires (*Wiener freiwillige Rethungs-Gesellschaft*). Ce mémoire contient donc des détails précis et complets sur cette question humanitaire. Il sera consulté utilement et on y trouvera des indications précieuses sur le fonctionnement de ces utiles institutions. Ch. E.

Les déséquilibrés du ventre, enteroptosiques et dilatés par M. le Dr Trastour (Paris 1889, A. Coccoz).

Chaque jour, on ne saurait le méconnaitre, la notion formulée ingénieusement par M. Glenard sur le role pathogénique de

Digitized by Google

l'enteroptose gagne du terrain dans l'opinion médicale. M. Trastoni vient de la justifier à son tour dans un mémoire dont l'originalité et le judicieux esprit clinique commandent la lecture.

Enteroptose et dilatation sont, croit-il, des *faits* faciles à constater sur le vivant et à vérifier dans les autopsies.

La sténoise du gros intestin accompagne souvent l'enteroptose, comme sa dilatation s'unit souvent à la dilatation de l'estomac. L'une et l'autre peuvent enfin coexister, de là des indications thérapeutiques différentes. Est-ce à dire pour cela que les malades porteurs de ces blessures deviennent bien vite des déséquilibrés dans les fonctions du cœur, du poumon, du cerveau ? M. Trastoni, l'admet en vertu du *consensus unus, consentientia omnia*, et développe cette idée ingénieuse qui le conduit à des considérations pratiques sur le diagnostic des dyspepsies, des cardiopathies, de l'asthme et de la neurasthénie.

Eh bien ! après avoir lu les pages de ce mémoire, et en se mettant à l'écart de toute hypothèse doctrinale, on est bientôt conduit à admettre que l'enteroptose et la dilatation gastrocoïque donnent la raison pathogénique de faits obscurs. Comme le dit notre éminent confrère nantais : « C'est une double clef qui rend, dans les cas ordinaires, de fréquents services et, dans les cas rares et exceptionnels, obtient des succès inespérés. »

CH. E.

Droit médical ou code des médecins, par MM. A. LECHOPÉ, avocat à la cour de Paris, et le Dr Ch. FLOQUET. (Paris 1890, O. Doin et Marchal.

Ce livre est d'utilité pratique pour tous les médecins jeunes et vieux aux prises avec les difficultés de la législation actuelle sur le secret médical, la responsabilité médicale, les questions d'honoraires et de réquisition, en un mot, sur les intérêts du praticien et de son client.

Au reste, le plan de cet ouvrage est excellent, MM. Lechopé et Floquet prennent l'étudiant à son entrée à la faculté et suivent avec lui, en guides toujours sûrs, les phases diverses de sa vie de médecin : enseignement, droit et devoirs; partout des solutions nettes, précises, appuyées sur le texte des lois, ordonnances et décrets ; bref tout un commentaire de la législation assez peu cohérente qui, en 1890, régit la profession médicale.

Ce livre est donc original par son plan, et on doit engager nos confrères à le posséder dans leur bibliothèque. La collaboration de l'avocat et du médecin a été féconde, et cet ouvrage obtiendra, je n'en doute pas tout le succès qu'il mérite.

CH. ELOY.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

Un traitement de la phtisie laryngée

Cette médication qui est volontiers recommandée par M. Cozzolino, consiste : 1° dans l'emploi d'un *traitement externe* qui est classique ; 2° dans l'usage de *moyens externes*, c'est-à-dire de topiques préparés par l'association de divers agents antiseptiques.

I. **Moyens internes.** — Ils sont de banalité : arsenic, huile de faîne créosotée et huile de foie de morue à doses élevées. On peut les remplacer par l'administration quotidienne de cachets ainsi formulés :

Phosphate de chaux.....	àà 0 gr. 20 centigr.
Hypophosphite de chaux...	
Naphtol B. pulvérisé.....	2 grammes.
Baume du Pérou.....	3 gouttes.

F. S. A. deux cachets. L'un le matin et l'autre vers le soir.

II. **Moyens externes.** — *Pulvérisations.* Chaque jour, Cozzolino recommande de pratiquer quatre pulvérisations avec la mixture suivante :

Baume du Pérou.....	6 à 10 grammes.
Menthol.....	0,50 à 0,80 centigr.
Alcool.....	10 à 15 grammes.
Eau distillée.....	300 grammes.

Insufflations. Le matin et le soir on insuffle dans le larynx une quantité suffisante du mélange pulvérulent suivant :

Iodoforme finement pulvérisé....	5 grammes.
Phosphate de chaux pulvérisé ...	10 —
Acide borique porphyrisé	5 —
Menthol.....	0,40 à 0,80 centigr.

L'on peut augmenter ou diminuer la quantité de phosphate de chaux, suivant la tolérance ou l'intolérance du malade.

Ces topiques ne dispensent point de l'usage de la cocaïne pour combattre la dysphagie, des injections intralaryngées avec l'huile du menthol ou au naphtol camphré, s'il existe des ulcérations, enfin, s'il y a indication, de l'emploi de la méthode des scorifications et du grattage de Hering.

CH. ELOY.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 mai 1890

Présidence de M. le Dr DUMONTPALLIER

Rougeole infectieuse et bains froids. — M. DIEULAFOY rapporte un cas de rougeole anomale, à forme infectieuse, traitée par les bains froids.

Une jeune fille de 16 ans et demi fut prise tout d'abord de rougeole d'apparence bénigne. Fièvre initiale modérée ; éruption le cinquième jour dans les meilleures conditions. A la fin du sixième jour, elle fut prise d'excitation, d'insomnie. Le septième jour, les symptômes nerveux conservèrent la même intensité, avec délire, perte de connaissance; les urines se supprimèrent brusquement; le pouls monta à 120 et 140. Le huitième jour, l'éruption commençait à pâlir, les règles étaient apparues depuis peu de temps ; il existait encore du délire, un pouls incomptable, des intermittences, des faux pas du cœur ; anurie complète, langue sèche, rôtie, la malade était dans le collapsus, mais ne présentait aucune complication pulmonaire ; fièvre élevée, T. 41°.

Par analogie avec les formes infectieuses de la fièvre typhoïde, M. Dieulafoy proposa l'emploi des bains froids. Un premier bain fut administré à 5 heures du soir, à une température de 24°. Dès qu'elle fut dans la baignoire, l'enfant fut prise d'un frisson avec collapsus ; des affusions d'eau froide sur la tête ramenèrent la connaissance et, au bout d'une minute, le pouls, de 150 tomba à 120, 110, et se régularisa ; un quart d'heure après, la malade fut retirée et enveloppée toute frissonnante dans un drap mouillé pendant 5 minutes. Remise au lit, elle s'endormit d'un sommeil paisible qui dura une heure et demie. Elle rendit alors en abondance des urines claires, transparentes. Trois autres bains furent administrés dans la nuit jusqu'à 8 heures du matin. La température était alors de 38° 6. La respiration était meilleure, il n'y avait plus de délire, le pouls était remonté, les urines revenues, la langue humide. Le dixième jour, on administra trois bains ; le onzième jour, l'état était tellement satisfaisant qu'ils furent sup-

Digitized by Google

primés. Le douzième jour, défervescence complète. T. 37°. La convalescence se fit normalement.

En résumé, dans les états infectieux d'emblée analogues, qu'il s'agisse d'une fièvre typhoïde, d'une rougeole, d'une scarlatine, M. Dieulafoy n'hésiterait à avoir recours à l'emploi des bains froids, qui a donné tant de résultats satisfaisants dans la dothiénenterie en particulier.

M. Juhel-Renoy a eu l'occasion, il y a huit ans, de veiller un enfant de vingt-deux mois atteint de broncho-pneumonie prérubéolique Comme la température était très élevée et l'état général très grave, il administra dans la nuit cinq à six bains froids. L'éruption apparut le lendemain : les bains froids furent continués malgré la broncho-pneumonie et l'enfant guérit. Il obtint le même succès avec la même méthode, chez une fillette de huit ans, atteinte de rougeole maligne. La rougeole et ses complications thoraciques ne sont donc pas une contreindication à l'emploi des bains froids.

M. Duponchel, en novembre 1889, a soigné deux cas de rougeole très graves avec fièvre intense de 41° et état général très mauvais. Le premier malade a guéri avec cinq bains à 21°, le second avec trois bains. Il n'y eut aucune complication.

M. Henri Huchard. — Les observations précédentes signalent dans ces cas graves l'importance du collapsus cardiaque. En m'inspirant de cette notion, j'ai imaginé depuis sept ans l'emploi des injections de caféine à haute dose (2 à 3 grammes par jour) pour combattre notamment ces graves accidents des maladies infectieuses. Je citerai, à ce sujet, l'exemple d'une femme atteinte de rougeole maligne que j'ai observée avec M. Marciguey et chez laquelle des accidents ordinairement mortels ont été promptement conjurés par des injections caféniques coup sur coup et à haute dose. Cette pratique m'a donné de merveilleux résultats, et je pense que dans tous ces cas graves auxquels M. Dieulafoy a fait allusion, il serait utile de commencer le traitement par ces injections.

Pendant l'épidémie varioleuse de 1870, nous avons, M. Desnos et moi, employé les bains froids dans les varioles graves et malignes. Mais les résultats obtenus ont été douteux. Il est vrai qu'il s'agissait le plus souvent de varioles confluentes et hémorragiques d'emblée qui sont « fatalement mortelles » comme je l'ai établi dès 1871, et comme M. Barthélemy l'a également démontré. Dans les varioles cohérentes graves et les hémorragiques secondaires, les effets de bains froids ont été meilleurs.

M. Desnos. — Tous les malades atteints de variole noire succombèrent, mais ils se trouvaient très soulagés par l'emploi des bains froids et les réclamaient impérieusement.

L'albuminurie des morphinomanes. — M. Henri Huchard présente trois observations d'albuminurie permanente terminée par urémie chez des morphinomanes. Pour l'une d'elles, l'autopsie a pu être pratiquée, et elle a démontré l'existence des lésions du gros rein blanc. Tout porte à croire que ces albuminuries se sont développées sous l'influence de l'abus prolongé de la morphine. Du reste, Levinstein cite six ou sept cas presque semblables, avec cette différence que ces albuminuries ne se sont pas terminées par des accidents urémiques et qu'elles ont fini par disparaître. De plus on peut citer, à l'appui, des expériences établissant la relation de cause à effet entre l'empoisonnement morphinique et l'albuminurie.

Pour expliquer la pathogénie de l'albuminurie morphinique, on peut discuter les trois hypothèses suivantes : 1° une action spéciale sur le centre bulbaire ; 2° un état parétique des plexus nerveux entourant l'artère rénale (explication de Levinstein très hypothétique) ; 3° des anomalies de pression qui seraient capables de conduire à des maladies rénales.

Pour expliquer la production de l'albuminurie permanente des morphinomanes, c'est cette dernière cause qu'il faut admettre. En effet, mes recherches sphygmomanométriques m'ont démontré depuis longtemps que la morphine est un des agents qui abaissent le mieux et le plus sûrement la tension artérielle ; et, comme le mal de Bright caractérisé par le gros rein blanc se manifeste de bonne heure par une hypotension artérielle très accusée, il en résulte que la morphine agit dans un sens défavorable à cette affection.

Il n'en est pas de même pour la néphrite interstitielle, maladie à forte tention artérielle, et c'est peut-être pour cette raison que la morphine est mieux tolérée dans ces cas, parce qu'elle contribue à diminuer la tension artérielle surélevée.

Dès 1883, je signalais l'hypotention artérielle produite par la morphine, et j'estime que c'est par ce mécanisme que cette substance déterminant à la longue des congestions passives et permanentes de certains organes et surtout de l'appareil rénal, peut aboutir à la production d'une néphrite parenchymateuse.

Ces considérations montrent une fois de plus tout le parti que l'on peut tirer de l'étude de la tension artérielle dans les maladies, étude qui m'a permis d'établir l'existence d'un groupe de maladies par modification de la tention artérielle.

Un exemple : j'ai démontré que l'artériosclérose, généralisée ou partielle, est précédée et produite par un état permanent d'hypertension artérielle. Donc, la principale indication thérapeutique consiste dans l'abaissement de cette hypertension.

D'un autre côté, le mal de Bright est caractérisé pendant son évolution par une tendance à l'hypotention artérielle. La thérapeutique doit s'inspirer de cette idée pour ne pas devenir, par une médication intempestive et illogique, la complice de la maladie.

Monoplégie hystérique. — M. Ballet présente un homme de vingt-cinq ans atteint de monoplégie hystérique du membre supérieur gauche, avec atrophie musculaire. Cette atrophie s'est produite en moins d'un mois; ainsi que cela est la règle dans les troubles trophiques de cette origine, la nature hystérique de la paralysie n'est pas douteuse ; en effet, cet homme présente les stigmates de l'hystérie : hémianesthésie gauche générale et sensorielle, zones hystérogènes, rétrécissement du champ visuel..., nombreuses crises antérieures de paralysies guéries.

De l'angine scarlatineuse précoce pseudo-diphtérique. — M. Sevestre. Les angines pseudo-membraneuses du cours de la scarlatine sont généralement considérées en France comme étant d'origine diphtéritique, et les malades qui en sont atteints sont placés dans les salles de la diphtérie. Il est cependant une variété d'angine qui doit en être distinguée : elle est toujours précoce, se développe dès les premiers jours de la scarlatine et se caractérise par des productions blanches qui ressemblent parfois complètement à celles de la diphtérie et ne respectent ni la luette, ni le voile du palais, de sorte que le diagnostic est souvent difficile ; cependant, elles ne se propagent pas au larynx, et l'état général du malade reste ordinairement satisfaisant. Ces angines sont bénignes et se terminent à peu près toujours par la guérison ; de plus, elles ne donnent pas la diphtérie aux enfants voisins.

Des recherches bactériologiques de MM. Wurtz et Bourges ont montré l'absence du bacille de Lœffler, et ont permis de constater, au contraire, l'existence constante d'un streptocoque. C'est donc une infection secondaire, indépendante de la diphtérie, comme la clinique l'avait d'ailleurs établi déjà.

Conclusion pratique : on doit faire avec soin l'antisepsie de la gorge au moyen de lavages répétés ; de plus, les malades doivent, autant que possible, être isolés ; surtout ils doivent être séparés du service de la diphtérie, pour éviter toute contamination secondaire.

Dr H. Marciguey.

Digitized by Google

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 mai 1890.

Présidence de M. le Dr Nicaise

De la galvanopuncture contre l'hypertrophie des amygdales. — M Quenu s'étonne que l'on emploie encore l'amygdalotomie, qui expose à des accidents fréquents : hémorragies primitives ou secondaires; chute de fragments d'amygdale dans les voies respiratoires. La galvanopuncture ne présente aucun de ces inconvénients et doit remplacer la méthode sanglante; elle est d'une application également facile chez l'enfant et chez l'adulte. Depuis quatre ans, M. Quenu a pratiqué cent cinquante cautérisations d'amygdales; il n'a jamais eu d'accidents et la disparition de l'hypertrophie a toujours été complète. Le thermocautère est d'un emploi difficile ; outre sa chaleur rayonnante, on peut encore brûler les parties voisines en l'introduisant jusqu'au fond de la gorge Le galvanocautère est d'un maniement beaucoup plus facile.

Voici la manière de procéder : on enfonce d'abord le petit cautère au centre de l'amygdale, puis on le fait rougir et on le retire; la même opération est recommencée en deux autres points, dans la même séance. Au bout de quinze jours, l'amygdale est subdivisée en trois petits mamelons que l'on traite de la même manière. Trois séances suffisent pour détruire complètement l'hypertrophie de la glande. Il n'est pas nécessaire d'employer le chloroforme ; l'ouvre-bouche suffit pour rendre le champ opératoire bien visible et empêcher la fermeture de la bouche.

M. Chauvel ne pense pas que les hémorragies secondaires soient aussi fréquentes qu'on l'a dit. Sur soixante amygdalotomies chez l'adulte, il n'en a jamais vu aucune.

M. Verneuil est d'avis que les cautérisations doivent surtout être employées chez l'adulte. Si l'on commet l'imprudence de couper les amygdales aussitôt après la période inflammatoire, on aura presque certainement des hémorragies. En dehors même de cette période, et alors même que l'amygdale semble sclérosée, on peut encore observer cet accident, dont M. Championnière a rapporté un exemple. En résumé, chez l'adulte, l'ablation sanglante doit être rejetée au profit de la cautérisation ou du serre-nœud à écraseur.

De l'occlusion intestinale aiguë. — M. Routier. — L'occlusion intestinale à marche aiguë détermine un certain nombre de symptômes dont aucun n'est pathognomonique au point de vue de la cause déterminante, à preuve les exemples suivants. Le 10 janvier 1890, M. Routier est appelé à l'hôpital Lariboisière auprès d'une femme atteinte d'obstruction intestinale depuis deux jours et demi. Début brusque par une douleur située à gauche de l'ombilic, au niveau de l'angle du côlon; constipation opiniâtre ; vomissements fécaloïdes, ventre uniformément ballonné; pouls petit, misérable ; rien du côté de l'anus, du rectum et de l'utérus. Cette femme présentait donc les signes d'un étranglement interne

L'intervention s'imposait. Après la laparotomie, M. Routier constata dans le ventre un liquide louche, semblable à du bouillon. Les anses intestinales étaient congestionnées et distendues. Il évida un mètre d'intestin et trouva, du côté gauche de la colonne vertébrale, une sorte d'anneau sur lequel l'intestin semblait étranglé et qu'une traction modérée fit disparaître. Le cours des matières se rétablit aussitôt; la malade guérit.

Le 18 novembre 1888, il était appelé à l'hôpital Laennec par un interne qui le priait de lui faire la laparotomie. Depuis deux jours, il était atteint de phénomènes d'occlusion intestinale absolue, contre laquelle les purgatifs étaient impuissants. Le malade vomissait des matières fécaloïdes et présentait un état général grave. Avant d'ouvrir le ventre, M. Routier fit administrer un lavement électrique. Ce procédé réussit; le malade expulsa une énorme quantité de matières fécales, parmi lesquelles on trouva des os de mauviette.

Le 18 mars 1890, M. Routier est appelé auprès d'une américaine présentant tous les signes d'une occlusion intestinale; trois lavements électriques amènent l'issue d'une petite quantité de matières fécales et de gaz. Néanmoins, l'obstruction persistant, il ouvrit le ventre et constata l'existence d'une péritonite purulente aiguë. Donc, le point de départ probable était une lésion des annexes de l'utérus, quoique la malade fût vierge. Mort trente-six heures après l'opération.

Enfin, le quatrième cas est celui d'une occlusion aiguë par cancer de l'intestin qui ne fut reconnue qu'après l'ouverture du ventre.

M. Routier fait remarquer que dans ces cas, de causes dissemblables, l'occlusion s'accompagna sensiblement des mêmes symptômes; aucun d'eux ne témoigne la faveur d'une cause plutôt que de telle autre; le diagnostic étiologique est donc forcément incertain. Il en est de même de celui du siège de l'occlusion. La conduite du chirurgien se ressent de cette incertitude. Cependant l'intervention est de toute nécessité, car la mort est fatale, si l'obstruction n'est pas levée. Il est permis de temporiser dans l'obstruction à marche chronique ; les causes en sont mieux connues : la plus fréquente est le cancer de l'intestin, l'entérostomie semble lui être applicable de préférence. Par contre dans l'occlusion aiguë, l'action chirurgicale s'impose dès le début, quand on ne réussit pas avec les lavements électriques. Il faut faire le lavage de l'estomac uniquement pour empêcher le passage des matières fécaloïdes dans les voies respiratoires pendant le sommeil anesthésique, puis ouvrir le ventre et aller à la recherche de l'obstacle. En cas d'échec, on établira un anus contre-nature.

Etuve à pansements. — M. Quenu présente un modèle d'étuve pour stériliser les substances à pansements. Son principe est la chaleur humide sous pression. Les substances ne sont pas altérées, et la stérilisation est absolument complète, car tous les bacilles et les spores sont détruits.

Dr H. Marciguey

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 juin 1889

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

Présentations. — Etude statistique sur le suicide en France. — Etude médico-légale sur l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, par M. Socquet. — Les hôpitaux au XIXe siècle, par M Tollet. — La grippe à Marseille, par M. Villars.

M. Moissan lit un rapport sur les remèdes secrets.

M. A. Rolin lit un rapport sur les travaux des stagiaires aux eaux minérales.

M. Ledentu lit un rapport sur le travail de M. J. Bœckel présenté, il y a quinze jours, à l'Académie.

M. Crivelli (de Melbourne) présente les photographies d'une fille de 18 mois, dont les organes génitaux sont fort développés et ressemblent à ceux d'une jeune fille de 16 ans. Le thorax est développé les seins sont proéminents. Le mont de Vénus est recouvert d'un duvet épais. Le clitoris est gros, l'hymen bien formé. L'enfant se livre à l'onanisme. Elle a eu trois fois des règles régulières durant deux jours. L'enfant est très intelligente.

Traitement local de l'endométrite chronique. — M. Dumont-Pallier confirme les résultats qu'il a fait connaître à l'Académie le 12 juin 1889. La douleur produite par l'introduction dans l'utérus du crayon de chlorure de zinc n'est pas constante

Digitized by Google

quand il n'y a pas de syncope. L'introduction méthodique du crayon n'est jamais suivie d'inflammation périutérine. Les crayons sont composés de 1 partie de chlorure de zinc et 2 parties de farine de seigle. On met 20 gr. de chlorure de zinc dans un moulin, on ajoute goutte à goutte un peu d'eau et on met 40 gr. de farine de seigle en remuant sans cesse. Chaque crayon est fait avec 4 gr. de mélange; le crayon a 5 millimètres de diamètre et 15 centimètres de longueur. On le met à l'étuve pour le rendre élastique.

Au bout de quelques heures, l'escarre a 1 millimètre et demi à 2 millimètres d'épaisseur. Aussitôt le crayon introduit, l'utérus se contracte et répand le caustique sur toute la surface utérine. L'escarre du col est plus épaisse que celle du corps; elle représente le muscle de la cavité utérine. Elle comprend toute l'épaisseur de la muqueuse et une mince couche de la tunique musculaire. Le caustique agit en coagulant le sang dans l'intérieur des vaisseaux.

Par cette cautérisation, on est sûr d'atteindre les parties malades, et la clinique démontre la réalité de la guérison. Sur 300 opérées, on n'a eu que deux fois seulement à refaire une nouvelle cautérisation, dans deux cas de métrite hémorragique. Dans le curetage utérin, au contraire, dans 30 0/0 des cas, il faut faire une nouvelle opération.

On a reproché au procédé de produire l'atrésie du col. Cette observation peut être faite aussi à propos du curetage. Les atrésies causées par le bourgeonnement de la muqueuse sont aisément évitées en réprimant les bourgeons avec le nitrate d'argent. Les atrésies par brides celluleuses sont détruites par l'introduction de bougies et le cathétérisme. Les atrésies tardives, survenant plusieurs semaines après l'opération, sont évitées par la dilatation préventive. Le retour des règles et les grossesses post-opératoires démontrent que les orifices des trompes ne sont pas oblitérés.

Elections. — M. Terrier est élu dans la section de chirurgie par 57 voix sur 73 votants F. R.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Le stage obstétrical des étudiants en médecine. — Une fâcheuse insinuation. — Une réparation académique.

Il y a des institutions et des hommes dont, nous dit on, il ne faudrait jamais parler; on doit, paraît-il, professer à leur égard un silence admiratif.

Cette prudence peut convenir aux candidats à l'Académie et aux postulants pour les chaires de la Faculté. C'est une vertu que nous ne possédons pas et, pour ce motif, nous revenons aujourd'hui sur le stage obstétrical des étudiants en médecine et sur le projet, actuellement soumis au Conseil de la Faculté, dans le but de réserver aux chaires officielles de clinique obstétricale, le monopole de délivrer ces certificats de stage.

Il n'est pas inutile de le rappeler, cette réglementation autoritaire réalisera une sorte d'accaparement universitaire *en imposant à tout étudiant en fin d'inscriptions et aux candidats en instance d'épreuves probatoires, l'obligation de séjourner « ne fût-ce qu'un mois » dans l'une des cliniques officielles.*

Inutile aussi d'insister sur la modestie, le désintéressement et l'esprit de touchante confraternité qui inspirent cette réglementation. On les devine, on les apprécie, et, vraiment, on porterait un jugement téméraire en qualifiant d'outrecuidant un projet qui prétend remplacer suffisamment l'enseignement pratique de tous les accoucheurs des hôpitaux et mettre si naïvement en doute la validité de l'éducation obstétricale des élèves stagiaires, externes ou internes attachés aux services hospitaliers de ces maîtres.

Parmi les considérants destinés à servir de prétexte à cette réglementation, il en est un que dès aujourd'hui il convient de retenir. En substance, sinon en propres termes, le voici, nous dit-on : « Il convient d'imposer aux élèves en médecine un stage officiellement contrôlé, *parce que les chefs de service des hôpitaux manquent, eux, d'exactitude, délivrent trop facilement des certificats de stage, et ne tiennent point suffisamment la main à l'exactitude de leurs élèves* ».

Cette citation suffit. Elle donne, elle aussi, la mesure de ce fameux désintéressement, de cette modestie et de cette bonne confraternité de ceux qui inspirent les prétendues réformes. On veut opposer le zèle si connu des universitaires pour remplir leurs fonctions, à la négligence supposée des médecins des hôpitaux à faire leur service. Touchant contraste ! Les pouvoirs publics se laisseront-ils émouvoir, comme on l'espère, par cette charitable insinuation?

Eh bien, ne nous plaignons pas, si on porte le débat sur ce terrain.

Il sera plus instructif, sinon très édifiant, et permettra de mesurer le zèle professionnel bien connu et la ponctualité inimitable des titulaires de certaines chaires. C'est une constatation que nous ne manquerons pas de faire.

Le public, après l'autorité supérieure, y trouvera des éléments d'appréciation sur l'impuissance de l'Université pour assurer, à elle seule, l'éducation clinique des élèves.

Ce sera donc un argument nouveau en faveur de l'*Ecole de médecine pratique des hôpitaux.* Nous pourrons alors remercier le réformateur du stage obstétrical d'avoir, sans le vouloir, préparé ainsi l'avènement d'un enseignement que la Faculté a tort de redouter comme une concurrence, mais aurait raison de favoriser comme un auxiliaire indispensable.

A quelque chose malheur est bon. Cette tentative d'accaparement de l'enseignement obstétrical, et bientôt, on le prévoit, de l'enseignement clinique, ouvrira les yeux à ceux qui trop volontiers les ferment. A défaut d'autres, ce serait déjà un résultat. Il y a des gens qui sont pour le monopole : le *Journal des praticiens* est pour la liberté. Nous tenons à le déclarer. Cela est utile, au moment où certains écrivains de la presse médicale, dite indépendante, se taisent au lieu de parler et ne trouvent rien de mieux à faire que de syndiquer leur pusillanimité.

***

Pour le commun des mortels, le comble de la sagesse est de fuir l'erreur. Pour les immortels, il consiste à la réparer.

L'Académie de médecine vient de le prouver. Dernièrement, on s'en souvient, faute de quelques voix, elle n'accordait pas la majorité de ses suffrages à M. Terrier.

Au civil, elle préférait le militaire; pourquoi ? Je

Digitized by Google

l'ignore. Affaire d'uniforme, question de sexe, un caprice? Qui pourrait le dire? Même en prenant de l'âge, il y a toujours des demoiselles qui, plus ou moins, conservent le goût du militaire.

Seulement, le caprice passe une fois qu'il est satisfait. Les philosophes le disent, les académies le prouvent, c'est pourquoi la savante Compagnie est revenue à ses premières affections, et a décidé dans son dernier comité secret d'inscrire à nouveau le nom du distingué chirurgien de l'hôpital Bichat, en première ligne sur la liste des présentations.

C'était déjà une réparation. La majorité des académiciens vient de la rendre moins incomplète.

Il ne faudrait pas que les adversaires de la savante Compagnie pussent toujours dire en parlant d'elle : « Naguère elle oubliait Duchenne (de Boulogne), aujourd'hui elle continue à oublier le doyen vénéré des médecins français M. Maillot, laissera-t-elle attendre toujours à la porte les travailleurs les plus méritants? Serait-ce donc seulement un nom d'emprunt, que la loi lui a donné en lui décernant le qualificatif de nationale? »

Aujourd'hui, mardi, une majorité de cinquante-sept suffrages a ratifié la décision du Comité secret. C'est un triple hommage rendu à la science du clinicien, à la probité du chirurgien et à la haute indépendance de son caractère.

Au nom de la Rédaction tout entière du *Journal des praticiens*, où le nouvel académicien compte des amis et des élèves, nous sommes heureux d'adresser nos cordiales félicitations à M. Terrier et à ses électeurs bien inspirés. La journée du 13 mai a donc été bonne pour l'Académie et pour la chirurgie française. Tant mieux.

CH. ÉLOY.

INFORMATIONS

PARIS

Assemblée générale de l'Association des médecins de la Seine. — Dimanche dernier, 11 mai, cette Association a tenu sa 58e assemblée, sous la présidence de M. Brouardel. Le trésorier, M. Barthe, a fait connaitre que les recettes de l'année 1889 ont été de 55 897 francs; les secours distribués se sont élevés à 43,800 francs, à quatre sociétaires et 57 veuves ou familles de sociétaires. Deux sociétaires infirmes et âgés ont reçu chacun une pension viagère de 1,200 francs.

DÉPARTEMENTS

RODEZ. — **Epilogue de l'affaire dite des médecins de Rodez.** — On nous informe que cette affaire vient de se terminer ainsi. Nos lecteurs savent (*Revue générale de Clinique et de thérapeutique*, 1889 et 1890) que dernièrement la Cour de cassation a annulé le jugement du tribunal de Rodez infirmant la condamnation portée par le tribunal de simple police contre les médecins qui avaient refusé d'obéir à une réquisition du parquet.

Le tribunal, décidant qu'ils avaient pu refuser leur concours au parquet parce qu'ils n'avaient pas été requis à propos d'un flagrant délit, le ministère public se pourvut en cassation.

Le tribunal correctionnel de Millau a condamné nos confrères à six francs d'amende et aux dépens, par un arrêt du 8 mai dernier.

ÉTRANGER

ANGLETERRE. — **La démographie de Londres en 1889.** — Sur une population de 4,351,738 habitants, le chiffre moyen de la mortalité a été de 17,1 pour 1,000, et celui de la natalité de 30,3. Pendant cette année, on a compté 2,309 décès par la rougeole, 1,552 par la diphtérie, 1,747 par la coqueluche, 520 par la fièvre typhoïde, 778 par la scarlatine, et 9 par la variole.

L'alcoolisme en Angleterre. — L'augmentation de la consommation des boissons alcooliques en 1889, vient de déterminer le chancelier de l'Echiquier à proposer un bill, interdisant, jusqu'au vote d'une loi prohibitive, la délivrance de nouvelles patentes pour cabarets.

AUTRICHE. — **Statistique de l'aliénation mentale.** — En 1887, il existait en Autriche 23 asiles publics et 5 asiles privés, hospitalisant 13,144 aliénés. Parmi ces derniers, 9,3 pour 100 guérirent, 15,4 ne purent pas améliorer et 11,7 succombèrent.

On comptait 26,7 pour 100 d'aliénés par hérédité, 13,1 par alcoolisme et 6,7 par chocs moraux ou débilité nerveuse. En tenant compte des aliénés non internés, il existait donc 94 aliénés par 100,000 habitants, dont 8,8 pour 100 séjournaient dans des asiles.

BELGIQUE. — **La législation de l'hypnotisme.** — Le gouvernement vient de déposer sur le bureau de la Chambre un projet de loi interdisant les séances d'hypnotisme et punissant de l'amende ou de la prison les individus qui, en dehors de l'exercice de l'art de guérir, hypnotiseraient des aliénés ou des personnes âgées de moins de dix huit ans.

ESPAGNE. — **Académie de médecine de Barcelone.** — *Concours pour le prix Garwen en* 1891. La question mise du concours est la suivante : *De la médication antipyrétique ; des meilleurs moyens de combattre l'hyperpyréxie*. Les mémoires écrits en espagnol, italien ou français doivent être adressés au secrétaire de l'Académie (Banos Nuevos, n° 9, à Barcelone) avant le 30 juin 1891.

ETATS-UNIS. — **Collège des médecins de Philadelphie.** — *Prix W.-J. Jenks*. Le sujet mis au concours pour l'année 1892, a pour titre : *Symptomatologie et traitement des névropathies consécutives aux maladies infectieuses dans l'enfant et dans l'adolescence.*

Les mémoires écrits ou traduits en anglais doivent être adressés dans les formes académiques à M. L Stars (Collège of Physicians of Philadelphia, Pensylvania, U. S. A.) avant le 1er janvier 1892. Ce prix est de 450 dollars.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Ecole de médecine du Val-de-Grâce. — Par décision ministérielle du 2 mai 1890, M. Robert, médecin principal de deuxième classe, a été nommé professeur d'anatomie chirurgicale, opération et appareils.

Nomination dans le corps de santé militaire (Réserve, 27 avril 1890. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Vialleton, Rochet, Blanc-Fontenille, Mouisset et Valla.

(Armée territoriale, 27 avril 1890). — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Lacaze-Dori, Bottey, Blanc, Gascard, Maunoury, Brottet, Gautiez, Sigaud, Bovet, Darier, Lefranc, Favel et Braine.

Digitized by Google

VARIÉTÉS

Les irrigations nasales par le procédé de la bouteille. — Recommandé par Pirs (de Vienne), ce procédé a pour objet d'éviter la pénétration du liquide dans les cavités voisines des fosses nasales (trompe d'Eustache, sinus). — Une bouteille de moyenne dimension est munie de deux tubes de verre, l'un plongeant au fond du récipient, l'autre effleurant la surface du liquide. Le premier est muni d'un tube de caoutchouc et d'un embout que le malade place entre ses lèvres. Le second se termine par une olive que l'on introduit dans l'orifice des fosses nasales.

En pratiquant l'expiration forcée, le malade provoque le passage du liquide dans les fosses nasales et en même temps, par les mouvements synergiques du voile du palais, la fermeture de l'arrière cavité des fosses nasales. Dès lors point de pénétration du liquide dans les cavités voisines. Ce serait le principal avantage de ce procédé.

L'enseignement de la laryngologie aux Etats-Unis. — Dans un travail sur cette question, M. Baratoux déclare qu'en 1884, sur les 119 écoles de médecine, 48 donnaient un enseignement plus ou moins complet sur la laryngologie et la rhinologie.

En dehors de ces écoles, ces deux branches de la médecine sont enseignées à New-York Policlinic, New-York Post Graduate Medical School and Hospital, Manhattan Eye and Ear Hospital, Philadelphia Policlinic, Philadelphia Post Graduate Medical College, Chicago Policlinic, Chicago Post Graduate Medical School, Saint-Louis Post Graduate School of Medicine, Boston Dispensary, et aux instituts récents de Baltimore.

La consommation de la viande de cheval. — Autorisée en France en 1856, la consommation de la viande de cheval s'est élevée à Paris, en 1886, à 4,500,653 kilogrammes.

A Berlin, on a [illegible] pour la boucherie. En Italie, la mise en vente de cette viande est autorisée et c'est la population de Milan qui en consomme la plus grande partie.

A Vienne, en 1887, on a tué pour le même usage 6,271 animaux. Enfin, en Angleterre, où on ne possède pas une statistique exacte de la consommation de cette viande, on sait qu'elle entre sur une large échelle dans l'industrie des salaisons où, après diverses manipulations, elle est vendue pour falsifier les conserves de bœuf et de mouton.

Statistique des trachéotomies à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles. — De 1885 à 1889 on y a pratiqué 101 trachéotomies; et vingt-huit fois l'opération fut suivie de la guérison du malade. Toutefois, on ne compte qu'un succès sur 16 enfants trachéotomisés et âgés de moins de deux années. On a fait usage d'une antisepsie minutieuse, sous forme d'injections, de badigeonnages pharyngés et de spray.

Le clysopompe empoisonneur. — Un de nos confrères de La Rochelle, dans une observation publiée par le *Poitou Médical*, révèle un méfait de cet instrument qui, d'ordinaire, passe pour être innocent. Il s'agit d'un empoisonnement par le plomb.

« Dernièrement, dit-il, je fus appelé pour des coliques gastro-intestinales très vives et une constipation opiniâtre. Je crus avoir affaire à un simple embarras gastrique, et prescrivis un lavement purgatif tout d'abord et pour le lendemain un émétocathartique. Selles copieuses le même soir, soulagement très sensible.

» Dès le lendemain, le malade prit son lavement quotidien. Une dizaine de jours plus tard, elle me fait appeler pour les mêmes accidents, et accuse un goût douceâtre, sucré dans la bouche.

» Je constate alors d'autres symptômes d'intoxication plombique; un liseré gingival très net, et quelques plaques ardoisées à la face interne des lèvres et des joues. Ces colorations buccales étaient bien dues à du plomb : l'eau oxygénée, mise en contact avec le liseré et les plaques, donnait naissance à une traînée blanchâtre de sulfate de plomb.

» Nous nous mîmes alors à chercher le plomb, un peu partout, sans succès, lorsque le malade m'apprit que son irrigateur ordinaire étant cassé, elle avait acheté un clysopompe, et s'était aperçue que la face interne de son clysopompe perdait un peu de sa peinture à chaque lavement. Chez un pharmacien de la ville, il fut facile d'en détacher avec l'ongle, des parcelles qui, traitées par l'acide nitrique et l'iodure de potassium, donnaient un précipité jaune, soluble dans un excès d'iodure.

» Le clysopompe était donc grossièrement peint à la céruse, imparfaitement cuite, et chaque lavement entraînait quelques parcelles de plomb. »

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Etienne (ancien médecin de la marine), Collet (de Noyers-Bocage), Darricau (de Linxe) et Lagoutte (d'Autun).

En Italie : M. le Dr A. Tafoni, professeur d'anatomie à l'Institut des Etudes supérieures de Florence.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Baraduc. — Choix des méthodes électrothérapiques spéciales aux affections : 1° du système nerveux; 2° de la matrice; 3° de l'estomac. In-8°. — Prix : 7 fr. 25 (Lecrosnier et Babé. Paris, 1890.)

— Du lavage électrique et de la falsification intra-stomacale dans la dilatation fonctionnelle de l'estomac — In-8°. Prix : 1 fr. (Lecrosnier et Babé, 1890.)

Fernand. — Formulaire de thérapeutique appliquée, ou des médicaments et leurs formules classées d'après les indications thérapeutiques, ouvrage précédé d'une préface de M. le Dr Peter. — 1 vol. in-16. 4 fr.; cartonné, 4 fr. 50 : relié, 5 fr. (Lecrosnier et Babé, éditeurs. Paris, 1890.)

Icard. — La femme pendant la période menstruelle. Etude de psychologie morbide et de médecine légale. — Paris, 1890. Alcan. — 1 vol. de 284 pages. Prix : 6 fr.

Richer, Gilles de la Tourette et A. Londe — Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, publiée sous la direction de M. le Dr Charcot. — 2 vol. in-8° avec planches. Paris, 1890. (Lecrosnier et Babé).

Garnier (R.). — Des abcès chauds, pathogénie et traitement antiseptique. — (G. Steinheil, Paris, 1890.)

Tissié. — Les Rêves. — 1 vol. in-18 de 214 p. Prix : 2 fr. 50. (Paris, G. Alcan, 1890.)

Lombroso. — L'Anthropologie criminelle et ses récents progrès. — Prix : 2 fr. 50 (Paris, F. Alcan, 1890.)

Mauriac (E.). — Hygiène urbaine : Assainissement de Bordeaux. — 1 broch. in-8°. — Prix : 2 fr. (Bordeaux, 1890. Jeret.)

Mauriac. — L'organisation des secours publics en cas d'accidents en Allemagne et en Autriche. — 1 broch. in-8°. Prix : 1 fr. 50. (Bordeaux, 1890; Feret, 1890.)

Seegen. — La glycogénie animale. Traduit par M. le Dr Hahn, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris. — 1 vol. in-8°. Prix : 6 fr. (G. Masson, éditeur. 1890.)

Hartmann (A.), de Berlin — Les Maladies de l'oreille. Ouvrage traduit et annoté par le Dr Potiquet. — In 8° de 292 p. et fig. Prix : 6 fr. (Paris, 1890, Asselin et Houzeau.)

Féré. — Les épilepsies et les épileptiques. — 1 vol. in-8°. Prix : 20 fr. (Paris J. Alcan. 1890.)

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE N° 21 21 MAI 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THERAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

COMITÉ DE RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

CLINIQUE MÉDICALE

Ecole de médecine de Tours. — M. le Dr DUCLOS

Des hémoptysies répétées. Signe précurseur de la néphrite interstitielle

On rencontre fréquemment des hommes qui, arrivés à une période déjà avancée de l'âge adulte, ou même l'ayant dépassé, sont sujets à des hémoptysies se reproduisant avec une grande facilité, et souvent d'une manière très inattendue. Ces hémoptysies sont tantôt d'une notable abondance, tantôt au contraire et chez le même sujet réduites à une petite quantité de sang. Elles surviennent inopinément, sans que rien les annonce, sans qu'on puisse les rattacher raisonnablement à quelque cause accidentelle. Circonstance digne de remarque: elles se rencontrent bien plus fréquemment chez l'homme que chez la femme.

Vous examinez d'une manière très complète et très méthodique la poitrine quand le flux sanguin a tout à fait cessé, et l'auscultation la plus attentive ne révèle aucune lésion bien appréciable, à peine un peu de faiblesse dans l'expansion pulmonaire se manifestant par une légère diminution du murmure vésiculaire. Et encore, lorsque plusieurs jours après la cessation de l'hémoptysie vous auscultez de nouveau, vous constatez le retour à l'état normal de l'expansion pulmonaire.

L'auscultation du cœur et des gros vaisseaux donne exactement le même résultat. Aucun bruit anormal, aucune irrégularité dans le rhythme cardiaque. Peut-être un peu de faiblesse dans l'énergie de la contraction ventriculaire, facile à constater au pouls radial, soit avec le doigt, soit mieux encore avec le sphygmographe.

Si vous examinez le sang il, est le plus ordinairement d'un rouge assez vif, aéré comme dans la plupart des hémoptysies indépendantes d'une lésion cardiaque bien confirmée. La quantité varie depuis quelques cuillerées jusqu'à un, deux ou même trois verres et davantage dans des cas exceptionnels.

Enfin vous observez ce fait singulier que, même dans les cas où l'hémoptysie a été abondante, elle n'entraîne pas un trouble proportionnel de la santé générale. Il arrive assez souvent que le malade n'interrompe pas ses travaux, qu'il se borne à les rendre moins pénibles pendant quelques jours.

Ces hémoptysies sans cause anatomique locale cliniquement appréciable se répètent d'une manière irrégulière, tantôt laissant des intervalles de mois et d'années, tantôt se renouvelant après quelques semaines, et toujours avec ce caractère de brusquerie inattendue qui laisse le malade sous la menace et la crainte permanentes d'une nouvelle hémorragie.

Voilà donc des hémoptysies soudaines, imprévues, se répétant sans cause appréciable et qu'il n'est pas possible, malgré l'examen clinique le plus attentif, de rattacher à une lésion de l'appareil cardiopulmonaire.

Il y a longtemps déjà que j'avais été frappé de ce fait. J'avais vu des hommes de quarante à cinquante ou même soixante ans être pris d'hémoptysies abondantes, se renouvelant plusieurs fois à intervalles irréguliers sans que l'appareil pulmonaire, ni les organes de la circulation devinssent sérieusement atteints. Tout en classant ces faits sous une étiquette commune de congestion pulmonaire, je ne me dissimulais pas que la question n'en était pas plus avancée, et que je cachais mon ignorance sous un mot, la pire des ignorances.

Je suivis ces malades avec une grande attention et ce travail n'est pas sans une réelle difficulté. De pareils malades ne viennent guère à l'hôpital; dans tous les cas ils n'y peuvent séjourner qu'un temps fort court, et ils ont besoin, pour être compris, qu'on les suive et les observe pendant des années.

Je l'ai fait, et je l'ai fait avec soin, et voici ce que j'ai vu :

Les uns aboutissent, dans un délai variable d'une à plusieurs années, à des manifestations rhumatismales très tranchées et douloureuses, comme le rhumatisme fibreux.

Les autres arrivent, après un temps beaucoup plus long, à l'artériosclérose qui se généralise peu à peu, rarement, très rarement d'emblée.

Les autres, enfin, sans présenter en apparence aucune trace ni de rhumatisme fibreux, ni d'artériosclérose, arrivent, dans un délai variable mais généralement plus court que dans les deux cas précédents, à de la néphrite interstitielle.

Ces derniers sont ceux sur lesquels mon attention s'est plus particulièrement fixée, et parmi les cas nombreux que j'ai observés, je choisirai deux exemples bien tranchés. C'est la meilleure exposition d'une leçon clinique.

Un homme âgé de quarante-sept ans, d'une apparence robuste, répondant bien à ce qu'on appelle communément un tempérament sanguin, se présente à ma consul-

Digitized by Google

tation. Né de parents vigoureux, sans aucune tare morbide héréditaire, il n'a jamais eu de maladies sérieuses, mais seulement des migraines intenses habituellement accompagnées de vomissements. Sa santé l'aurait donc en somme peu préoccupé, s'il n'avait été sujet à de fréquentes hémoptysies.

Ces hémoptysies le surprenaient de la manière la plus inattendue. La première s'était produite quand il faisait son service militaire. Elle avait motivé son entrée à l'hôpital, et comme après un séjour de plusieurs semaines aucun signe ne s'était révélé du côté de la poitrine pouvant faire reconnaître une lésion pulmonaire, on s'était borné à l'envoyer en convalescence pendant deux mois. De retour au régiment, l'hémoptysie avait reparu deux fois, mais peu violente, de sorte que pour éviter d'être envoyé à l'hôpital, il avait préféré ne pas se présenter à la consultation du médecin.

Rentré dans la vie civile, il s'était livré à des occupations peu fatigantes, ayant un excellent régime alimentaire, très peu de travail, et un exercice évidemment insuffisant. Les migraines avaient continué, et aussi, et surtout les hémoptysies. Elles se produisaient une, deux, trois fois par an, en quantité variable. Une fois elle avait dépassé un demi-litre, le plus souvent elles atteignaient un quart de verre, un demi-verre; rarement elles se bornaient à une ou deux cuillerées. Quelques jours de repos à la chambre ou au lit, suivant l'intensité de l'hémorragie, quelques doses d'eau de Léchelle, des potions à l'ergotine, et tout cédait sans laisser dans la santé générale une trace bien appréciable.

La fréquente répétition de ces hémoptysies avait cependant fini par préoccuper le malade, et après avoir déjà réclamé les avis de plusieurs médecins, il se présentait à ma consultation.

Je l'examinai avec un soin d'autant plus minutieux que déjà mon attention était vivement fixée sur des faits pareils.

L'appareil respiratoire était absolument sain, les plèvres, les poumons, les bronches, le larynx à l'état normal; quelques granulations seulement dans le pharynx, auxquelles j'attachais d'autant moins d'importance qu'aujourd'hui on les rencontre très communément et qu'on a la sagesse de ne pas y toucher.

Le cœur, les gros vaisseaux ne présentaient aucune altération appréciable à l'auscultation la plus attentive.

Rien du côté de l'appareil digestif et de ses annexes. L'émission de l'urine sans aucune difficulté, la quantité normale, un litre à un litre et demi par jour. L'analyse faite avec soin ne révélait aucune trace de glycose ni d'albumine. L'urée, l'acide urique, l'acide phosphorique et le chlorure de sodium en proportions également normales.

Obligé de donner un nom à cet état morbide, je l'appelai : hémoptysies congestives, et pour moi hémoptysies arthritiques. La médication fut instituée en conséquence de ce diagnostic, savoir : benzoate de soude, carbonate de lithine, petites doses d'iodure de potassium, un régime sévère.

Plusieurs années se passèrent sans aucun phénomène nouveau, toujours quelques hémoptysies variant de fréquence et d'abondance. Une fois elles avaient complètement cessé pendant vingt mois. De temps en temps, je revoyais le malade, et tout en éloignant les doses médicamenteuses, j'insistais sur le régime alimentaire et sur l'hygiène, c'est-à dire surveiller l'élimination rénale, faire agir la peau, faire développer le poumon de manière à augmenter la surface respiratoire et ainsi l'absorption de l'oxygène.

Un jour le malade vient me trouver plein d'inquiétude. Il a remarqué que depuis quelque temps le pourtour des malléoles est notablement gonflé le soir, et que, même à un moindre degré, il est vrai, le gonflement s'étend à la jambe tout entière jusqu'au-dessus du mollet. En outre il est obligé de se lever la nuit plusieurs fois pour satisfaire au besoin d'uriner; son urine est claire et fort abondante. Quand l'urine est poussée avec force, elle forme une grande quantité de mousse.

J'ausculte immédiatement le cœur, et je ne constate aucun trouble dans le rythme, ni bruit de galop, ni intermittences, aucune variation dans la contraction, pas d'hypertrophie ventriculaire. La poitrine est parfaitement indemne. Aucune trace d'œdème pulmonaire dans aucun point (je ne perdais pas de vue la loi si bien établie par Gendrin). L'appareil cardio-pulmonaire était donc libre jusqu'à présent. Mais l'analyse de l'urine révélait d'une manière certaine la nature de la maladie. L'urine contenait plus de soixante centigrammes d'albumine par litre, et comme l'émission dépassait, en vingt-quatre heures, trois litres, la quantité totale d'albumine par jour était donc d'environ deux grammes.

Je prescrivis immédiatement le régime lacté rigoureux, des frictions stimulantes sur toute la surface de la peau matin et soir, des inspirations longues, répétées, profondes d'air pur à défaut d'inspirations d'oxygène qui ne furent pas acceptées. Tout le traitement fut suivi avec régularité.

Mais la maladie continua de progresser, la proportion d'albumine devint plus forte, l'œdème se généralisa, devint pulmonaire, et après deux ans d'une existence misérable, prolongée par des soins assidus, le malade succomba dans une crise d'urémie à forme éclamptique. Il est inutile de dire que dans les dix derniers mois tous les symptômes classiques de la néphrite interstitielle se développèrent de manière à ne laisser aucun doute ni sur la nature de la maladie, ni sur la terminaison qu'elle devait avoir.

A suivre.

Digitized by Google

ÉPIDÉMIOLOGIE

Etude sur l'épidémie de grippe en province

par le Dr Girou (1)
Ancien interne des Hôpitaux de Paris, médecin adjoint de l'Hôpital d'Aurillac

Système nerveux. J'ai vu une fois survenir, dans le décours de la grippe, les accidents lypemaniaques peu intenses, mais bien caractérisés, qui ne se sont améliorés qu'après quelques mois, quand l'état général, mauvais également, s'est aussi heureurement modifié.

Mon excellent collègue et ami Gaucher a vu des accidents méningitiques durant vingt-quatre heures chez une fillette de six ans. J'ai vu une fillette de trente mois avoir, après deux ou trois jours de somnolence profonde, tous les accidents de la méningite tuberculeuse : anorexie, vomissements, constipation opiniâtre, céphalée et hyperesthrsie cutanée, photophobie, cris méningitiques et grincements de dents pendant le sommeil. Ces accidents ne différaient de la méningite que par ces trois points : 1° début dans les cours de la grippe. — 2° exaspération verpérale de tous les symptômes. — 3° absence de troubles pupillaires et de convulsions, et ils cédaient, après trois semaines, sous l'influence de suppositoire quiruques, et surtout de lavements purgatifs.

Le sulfate de quinine, utile dans ce cas, ne m'a donné aucun résultat dans les névralgies grippales que j'ai vues très fréquemment, malgré l'opinion contraire du Dr Gaucher et de M. Hayem. Je l'ai essayé, sans succès, dans quatre cas de sciatique grippale, et dix cas de névralgies faciales de même nature survenues chez des névropathes ou des malades ayant déjà souffert des mêmes névralgies. Devant ces insuccès, j'ai dû recourir à d'autres médications ; quelques-uns de mes clients ont été soulagés par l'aconitine cristallisée, tous par l'association des valérianates de quinine et de zinc. L'antipyrine, si efficace contre la céphalée du début, s'est toujours montrée sans effet contre ces névralgies.

Du côté des *organes des sens*, je n'ai noté que quelques conjonctivites catarrhales, quelque réveils d'otités externes suppurées et un cas de surdité nerveuse qui s'est amélioré lentement. Je n'ai pas vu un seul cas d'éruption cutanée.

Système respiratoire. Les complications broncho-pulmonaires ont été les plus fréquentes, au début de la grippe, dans quelques cas très graves ou tardives, après le cinquième jour, ou enfin surtout à l'état de véritables rechutes quand le malade abandonnait trop tôt la thérapeutique du coin du feu.

Je n'ai vu que des bronchites capillaires ou des pneumonies lobulaires, et jamais des pneumonies franches : la lésion se modifiait et se déplaçait de jour en jour comme un érysipèle du poumon, s'accompagnant d'un souffle peu intense, quelquefois nul, et de crachats plus abondants que dans la pneumonie lobaire, et offrant toutes les variétés, depuis le crachat séreux jusqu'à la véable hémoptysie. La marche était fort irrégulière : pas de cycle, pas de début brusque, pas de frisson initial, peu ou point de *point de côté* et pas de défervescence brusque, mais délitescence lente sans reprises fréquentes.

Cette complication, rare chez l'adulte bien portant, malgré bien des infractions aux prescriptions de l'hygiène, ont montré une grande affinité pour les malades dont les organes respiratoires étaient tarés : vieillards, cardiaques, phtisiques et asthmatiques.

Leur marche et leur pronostic ont bien varié suivant les cas : ici amenant, en 36 heures, la mort par asphyxie d'une vieille femme catarrhale de 82 ans — là, tenant dans un état fort grave, et parfois presque agonique, pendant 25 jours, une femme du même âge, qui a fini par guérir complètement — tantôt se terminant, chez une femme de 68 ans, par une apyrexie complète le douzième jour, mais laissant après elle un état comateux qui détermine la mort six jours plus tard — tantôt se laissant influencer, chez un homme de 74 ans, par un traumatisme antérieur (fracture de côtes droites) abandonnant le poumon gauche pour se localiser à droite, y amenant une fonte purulente du poumon, et se terminant par la mort dans l'hecticité, après une série de vomiques.

Complications cardiaques. — Je n'ai vu que quatre cas dans lesquels la grippe ait paru amener des lésions du myocarde chez des malades ne présentant antérieurement aucun trouble cardiaque, et je n'ai jamais vu d'endocardite infectieuse. Les poussées inflammatoires ont été modérées, quoiqu'elles aient laissé après elles des symptômes fonctionnels durables : essoufflement, œdème spécial des malléoles, toux ; dans un cas, même, ils ont été assez légers pour que le malade n'ait pas cru devoir recourir aux soins d'un médecin jusqu'au jour où ses suffocations persistantes l'ont effrayé : c'est aujourd'hui un cardiaque confirmé, incapable de tout effort et de toute ascension.

Un homme de 55 ans, qui avait, pendant la grippe, beaucoup souffert de névralgies intercostales gauches (??) a eu, dans la convalescence, pour la première fois, des crises analogues à l'angine de poitrine. Les bruits du cœur étaient sourds, sans souffle ; je lui prescrivis de l'iodure de sodium qui éloigna les crises. Un mois après, il mourut subitement en se promenant dans son jardin.

Complications vasculaires. — On peut rapprocher des cas de phlébite signalés à la Société médicale des Hôpitaux par M. Ferrand, l'observation suivante :

Obs. — Mlle R..., 21 ans. Grippe le 2 janvier ; broncho-pneumonie droite légère le 7 ; douleur vive dans la cuisse droite le 17.

Le 23. — *Phlegmatia alba dolens* occupant tout le membre inférieur droit, en lui donnant des proportions colossales que je n'ai jamais plus vues. Depuis le 21, douleur vive au mollet gauche où l'on sent la saphène interne.

Le 4 février. — Amélioration notable à droite. Moins de douleur à gauche où il n'y a jamais eu d'œdème.

Le 1er mars. — Levée, elle commence à aller du lit au fauteuil.

Le 23. — Etant levée, elle ressent douleur très vive dans la saphène interne gauche ; elle se couche et l'œdème commence le soir même.

30 mars. — *Phlegmatia alba dolens* de tout le membre inférieur gauche, moindre que n'a été la droite, et moins doulou-

1) Fin. Voir n° 20.

Digitized by Google

reuse. Le haut de la cuisse et la fesse droites sont le siège d'un œdème dur éléphantiasique.

Les *Organes génito-urinaires* ont été le siège si fréquent de complications congestives, qu'on peut se demander si le lumbago du début n'est pas dû à une congestion médullaire infectueuse qui les amènent en atteignant le centre génito-spinal.

Dès le début, j'ai vu chez l'homme, et très fréquemment, ou des envies incessantes d'uriner, ou des mictions fort rares, malgré une abondante diurèse. Chez la femme, les accidents congestifs ont surtout atteint l'utérus, amenant une ménorragie ou une métrorragie suivant le moment de l'apparition de la grippe.

Ces hémorragies, presque universelles chez les femmes réglées, doivent expliquer les avortements que j'ai vus · je ne parlerai pas d'un avortement au troisième mois, se produisant, peu avant la mort, dans une broncho-pneumonie grippale ; mais j'ai vu deux femmes jeunes, bien portantes, faire des fausses couches de trois ou quatre mois, l'une le troisième, l'autre le septième jour de grippes régulières, de moyenne intensité, sans avoir d'autres complications et sans prendre aucun médicament dangereux : ni antipyrine, ni sulfate de quinine.

J'ai, de plus, observé avec mon confrère le Dr Bert, une jeune femme, enceinte pour la première fois, atteinte de grippe au troisième mois de la grossesse : elle a présenté, dès le début, une métrorragie interne sans modification du col utérin. Cette hémorragie se continua pendant trois jours et s'accompagna d'un état typhoïde inquiétant, sous réaction de l'utérus gravide. Tout se termina par la guérison sans avortement.

Je voudrais, en terminant, examiner quelles relations la grippe a paru affecter avec les lésions ou affectations antérieures.

J'ai observé deux cas où la grippe s'est développée dans la période initiale de la *syphilis*, entre le chancre induré et les plaques muqueuses. Ces deux malades ont eu une grippe sérieuse à manifestations rhumatoïdes fort douloureuses et très tenaces.

Je ne crois pas que la grippe ait aucune affinité pour l'*arthritisme*, et c'est à tort qu'on donne parfois le nom de forme rhumatismale à une de ces variétés. L'arthritisme occupe déjà une assez grande place en nocologie sans qu'on veuille encore étendre indéfiniment son domaine, en y faisant entrer toutes les manifestations articulaires qui ne relèvent pas évidemment d'une autre cause. Aucun des rhumatisants que je connais n'a paru souffrir plus spécialement des manifestations rhumatoïdes de la grippe ; quelques-uns ont même paru mieux portants après la grippe qu'avant.

Un rhumatisant avait un rhumatisme articulaire aigu depuis quatre jours, quand il fut pris de la grippe. Le salycilate avait soulagé la douleur dès le premier jour, mais n'avait pas fait disparaître l'œdème. La grippe le fit disparaître en quelques heures, malgré l'abandon immédiat du traitement salycilé. Le salycilate fut repris ensuite contre les douleurs de la grippe et fut complètement impuissant contre elle.

Deux signes me paraissent distinguer le rhumatisme articulaire des douleurs grippales : celles-ci ne s'accompagnent pas de gonflement et ne sont pas soulagées par le salycilate de soude.

Un *paludéen* qui paraissait guéri, et qui avait quitté le pays où il avait eu la malaria, a eu, à la suite de la grippe, de violents accès de fièvre quarte.

Je n'ai eu l'occasion d'observer qu'un petit nombre de *tuberculeux* grippés. Aucun n'est mort, mais tous ont subi une atteinte grave. Quelques-uns (tuberculeux au début) ont eu des hémoptysies abondantes et la maladie antérieure a paru prendre une marche plus rapide. Un autre arthritique atteint de phtisie torpide avec cavernes, a eu, pendant quelques jours, des accidents de dyspnée intense et a fini par guérir sans que ses lésions paraissent bien aggravées.

Quelques malades atteints d'*affections du cœur* déjà avancées, ont guéri assez rapidement de leur grippe qui, parfois même, malgré sa forme catarrhale, a eu une bénignité exceptionnelle. Je peux même citer la guérison facile d'une cardiaque de 77 ans. Mais, par contre, j'ai été le témoin de la mort rapide de deux femmes, une mitrale de 60 ans, à qui la grippe a donné une sorte de crise d'asystolie aiguë qui n'a pas duré plus de deux ou trois jours, et une aortique alcoolique de 50 ans qui eut de la dyspnée avec irrégularité et affaiblissement des bruits du cœur, et mourut, quelques heures plus tard, dans une syncope.

Le *pronostic* de la grippe a paru d'abord bénin comme à Paris, mais la morbidité a été si considérable qu'elle a fini par constituer une épidémie redoutable de mortalité assez élevée. En 1889, malgré la fin d'une épidémie de variole, Aurillac (15,000 habitants), a eu 111 décès dans le premier trimestre. La même période, en 1890, donne 139 décès dont la moitié en janvier. En calculant, comme l'a fait Bertillon pour Paris, on peut dire que la grippe a occasionné 35 décès par elle-même ou par ses suites : ce qui fait 2,30 0/00 de mortalité, chiffre peu inférieur au chiffre de Paris (6,000 pour 2,250,000 ou 2,70 0/00).

Conclusions. — 1° La grippe est une affection *contagieuse* et infectieuse ;

2° Elle atteint plus légèrement les enfants ;

3° Elle est surtout grave par ses complications pulmonaires, ce qui explique sa gravité spéciale chez les vieillards, les cardiaques et les phtisiques.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I. *De la version bipolaire.* — II. *Nouvel instrument pour accélérer la dilatation du col.* — III. *Nouvel instrument pour faire descendre la tête arrêtée au-dessus du détroit supérieur rétréci.* — IV. *Des applications de forceps sur la face.*

I. De la version bipolaire. — La version bipolaire ou par manœuvres mixtes a pour but de changer la présentation à l'aide d'une double action portant sur le fœtus d'une part, à travers la paroi abdominale, et par le vagin d'autre part. Elle s'appelle encore version de Braxton-Hicks, du nom de celui qui l'a vulgarisée. Wigand paraît être le premier à l'avoir employée. Encore disait-il la tenir de Froriep.

Digitized by Google

Repousser à l'aide des doigts ou parfois de la main introduite dans le vagin la partie fœtale qui tend à s'y engager et la mobiliser, pendant que l'autre main fait évoluer le fœtus en agissant à travers la paroi abdominale antérieure, tel est en général le manuel opératoire. Il est avantageux de donner du chloroforme.

A quel moment doit-on pratiquer cette opération? On l'exécute d'ordinaire pendant la première période du travail, quand la dilatation du col est encore incomplète. Par extension, on fait aussi la version bipolaire à la dilatation complète et encore avant tout début de travail. Si le col est ouvert partiellement ou entièrement, c'est par son orifice que l'on arrive sur la partie fœtale; on agit sur elle à travers le segment inférieur de l'utérus, si la cavité cervicale n'est pas perméable au doigt. La version bipolaire a pour but de ramener au détroit supérieur soit le sommet (version céphalique), soit le siège (version podalique).

Les conditions favorables à l'exécution de la manœuvre, sont : 1° la présence du liquide amniotique ; 2° la situation de la tête ou du siège au voisinage du détroit supérieur; 3° une dilatation du col suffisante pour laisser passer deux doigts.

La version de Braxton-Hicks est contre-indiquée lorsque la partie fœtale est trop engagée.

Elle est indiquée dans les cas suivants :

Dans les présentations de l'épaule pendant la période de dilatation. La condition essentielle est ici que les membranes soient rompues; si elles sont intactes, il faut de toute nécessité les respecter et par conséquent éviter la version par manœuvres mixtes. C'est la tête qui d'habitude sera ramenée au détroit supérieur; si, par exception, le siège descendait plus facilement, mieux vaudrait encore cette présentation que celle de l'épaule.

Dans les présentations de la face et du front, il faut essayer de fléchir la tête par la double manœuvre pour amener une présentation du sommet, lorsque la partie fœtale est encore mobile au détroit supérieur.

Si le fœtus tend à s'engager par l'extrémité pelvienne, la version bipolaire est plus discutable. Chez les primipares, où le siège descend parfois dans l'excavation à une époque plus ou moins précoce, comme dans le mode des fesses, MM. Maygrier et Loviot ont réussi par ce procédé à ramener la tête au détroit supérieur.

Dans ce même mode des fesses, alors que la partie fœtale est très élevée, on peut pratiquer l'abaissement prophylactique d'un pied, comme nous l'avons dit dans une précédente revue; et ceci rentre aussi dans le cadre de la version mixte.

Telles sont les circonstances les plus ordinaires dans lesquelles on fait usage de la version bipolaire. Elle est encore préposée pour les cas de placenta prævia, de procidence du cordon, de rétrécissement du bassin, de cancer du col, etc. Mais ces indications sont plus discutables et moins généralement admises que les précédentes. La valeur de cette opération vient d'être soigneusement étudiée dans une thèse très intéressante de M. Laskine

II. — **Instrument pour accélérer la dilatation du col.** — M. Tarnier vient de faire construire un *écarteur* métallique destiné à exciter les contractions utérines et à dilater rapidement le col. Le principe de cet instrument est celui du dilatateur dont on se sert pour la trachéotomie. Les branches sont droites et elles peuvent s'articuler comme celles d'un forceps. On les introduit l'une après l'autre au-dessus de l'orifice interne, puis, après les avoir rassemblées, on place sur l'extrémité des manches un ou plusieurs anneaux de caoutchouc dont la pression constante écarte peu à peu les bords de l'orifice utérin. L'instrument est laissé en place pendant le temps nécessaire pour que la dilatation se complète

Cet écarteur a donné de bons résultats à M. Tarnier, à M. Bonnaire (1) et à d'autres.

III. — **Instrument pour faire descendre la tête arrêtée au-dessus du détroit supérieur rétréci.** — Lorsque le détroit supérieur est rétréci, la tête se présente de telle sorte que la suture sagittale, au lieu d'être à égale distance du sacrum et du pubis, est plus ou moins éloignée de cette position normale. La tête, en un mot, est inclinée, sur un de ses pariétaux, le postérieur le plus souvent. Cet asynclitisme, comme dit Duncan, peut être la source de difficultés diverses lors de l'application du forceps. C'est pour lutter contre cette inclinaison que M. Tarnier a imaginé son *double levier*. Cet instrument est destiné à faire descendre la tête dans l'excavation, en agissant comme le levier simple, mais en évitant les inconvénients de celui-ci. Nous ne pouvons entrer ici dans de plus amples détails. Disons seulement que, dans un cas, M. Tarnier réussit avec ce double levier à faire franchir à la tête le détroit supérieur et il n'eut plus, pour terminer l'accouchement, qu'à faire une application de forceps dans l'excavation.

IV. — **Des applications de forceps sur la face.** — Trois cas sont à considérer :

1° La présentation est au détroit supérieur dans l'excavation ou à la vulve ; la face est au détroit supérieur. On sait que dans cette présentation l'engagement est toujours lent à se faire ; la tête reste donc longtemps mobile au détroit supérieur. Si la dilatation du col est complète, on peut hésiter entre le forceps et la version, lorsque la nécessité s'impose de terminer artificiellement l'accouchement. Or, il faut rejeter les applications de forceps sur la face au détroit supérieur: indépendamment des difficultés qui proviennent de la hauteur à laquelle se tient la tête, et de sa mobilité, il y a encore d'autres embarras qui seront indiqués tout à l'heure à propos des applications faites sur la face arrêtée dans l'excavation. La version est préférable et nous n'insistons pas autrement.

2°. La tête défléchie est arrêtée dans l'excavation. Il existe je suppose une présentation de la face en M I D P; la rotation ne se fait pas, et le travail est arrêté. La version n'est plus possible puisque la tête est engagée. Comment donc intervenir? On peut essayer de faire tourner la tête avec la main : on réussira moins souvent que dans les positions postérieures du sommet. Il ne reste alors comme dernière ressource que l'application de forceps. Mais cette opération présente des inconvénients

(1) Bonnaire, *Progr. méd.* 5 avril 1890.

Digitized by Google

sérieux. On sait que, en général, l'axe des cuillers doit être dirigé suivant le diamètre occipito-mentonnier, Or, dans les présentations de la face les mieux défléchies, c'est le plan qui contient les diamètres sous-mento-bregmatique et bimalaire qui occupera successivement les plans fictifs par le centre desquels est mené l'axe du pelvi-génital Les cuillers du forceps doivent en général avoir leur axe dirigée parallèlement à celui du bassin ; c'est-à-dire que dans le cas qui nous occupe, elles seront placées perpendiculairement au plan marqué par les diamètres sous-mento-bregmatique et bimalaire. Si elles sont mises le plus près possible du menton, elles maintiendront bien pendant les tractions la déflexion favorable à la descente de la tête, mais elles glisseront et déraperont facilement, en raison de la forme fuyante que présente la partie fœtale comprise entre leurs mors. Si les cuillers sont appliquées sur les régions supérieures de la face, près du front par exemple, elles offriront une prise plus solide, mais en tirant sur le front, elles feront fléchir la tête, et la descente deviendra de plus en plus pénible ; bientôt même, elle sera complètement arrêtée. Dérapement d'une part, flexion nuisible de la tête d'autre part, tels sont les écueils inévitables que l'on rencontre pendant les tractions faites sur la face avec le forceps. C'est presque fatalement l'insuccès dans la plupart des cas. Y a-t-il moyen de faire autrement ? Oui, si l'on se rappelle que le forceps peut servir non seulement à tirer sur la tête, mais aussi à la faire tourner. Or, dans une présentation de la face en position postérieure dans l'excavation, l'obstacle de la terminaison de l'accouchement, c'est le défaut de rotation. Appliquons le forceps, bien décidés à ne pas tirer, mais seulement à faire tourner la tête. Rotation sans traction, tel est le but à atteindre. Pour ramener le menton en avant (ce qui est absolument nécessaire), les cuillers seront appliquées d'une oreille à l'autre. Une fois l'articulation faite, on essaiera la rotation sans chercher au préalable à abaisser la face vers le périnée ; on verra s'il est possible d'aider à la rotation et de maintenir la déflexion en introduisant un ou deux doigts dans la bouche, et en appuyant sur la voûte palatine. Le menton une fois ramené en avant, on désarticulera et on retirera le forceps. On aura le droit de compter sur la terminaison de l'accouchement car on a levé l'obstacle, en remédiant au défaut de rotation. Il vaut mi ux abandonner les choses à la nature que d'exercer des tractions qui seraient dangereuses pour l'enfant. C'est ce que nous allons examiner maintenant.

3°. La face est à la vulve, le menton dirigé en avant. Si nous appliquons le forceps sur cette tête en mento-pubienne, que va-t-il arriver ? Les cuillers placées comme sur une occipito-pubienne, appuieront par leurs extrémités sur le cou du fœtus; les gros faisceaux vasculo-nerveux de cette région seront comprimés, contusionnés et l'enfant courra de grands risques. Pour éviter cette compression du cou, on peut relever les manches de l'instrument, mais la compression porte alors sur les régions parieto-occipitales ; elle est toujours plus énergique q u'on ne pourrait le croire ; elle intéresse le cerveau parce que les os se laissent plus ou moins déprimer et l'enfant est exposé aux mêmes dangers. Les applications de forceps sur la face à la vulve sont donc dangereuses pour l'enfant. Il ne faut y recourir qu'à la dernière extrêmité. On essaiera de tirer sur la tête en introduisant un ou deux doigts dans la bouche et en appuyant sur la voûte palatine. On cherchera à s'aider de la manœuvre de Ritgen dès qu'elle sera possible.

Dr Demelin.

LE TRAITEMENT DES MALADIES

REVUE BI-MENSUELLE DE THÉRAPEUTIQUE

Problèmes thérapeutiques (1).

I

Un malade atteint de néphrite interstitielle (artériosclérose du rein) présente les symptômes suivants : dyspnée d'effort, accès de pseudo-asthme nocturne, insomnie complète par suite de cet état dyspnéique.

Depuis quelques jours, les urines, qui étaient autrefois très abondantes et limpides, sont devenues rares, foncées en couleur, laissant déposer une grande quantité d'urates ; elles contiennent un peu d'albumine. Les membres inférieurs sont œdématiés. A l'auscultation du cœur, bruit de galop ; pas de souffle. Les battements sont devenus un peu plus sourds, plus faibles ; le retentissement diastolique de l'aorte (indice d'une tension artérielle exagérée) constaté les jours précédents, a considérablement diminué ; le premier bruit systolique est devenu faible et sourd (signes d'une tension artérielle diminuée).

Quelles sont les indications thérapeutiques à remplir pour le présent et pour l'avenir ?

Par quelle médication doit-on résoudre ces indications thérapeutiques ?

Indications thérapeutiques. — 1° La dyspnée d'effort et les accès de pseudo-asthme nocturne sont des accidents toxiques résultant de la rétention dans l'organisme de substances nocives et de ptomaïnes provenant de l'alimentation et qui sont incomplètement éliminées par les reins atteints d'insuffisance. Les reins sont en quelque sorte fermés ; la grande indication consiste à l'ouvrir le plus largement possible. Il faut donc, avant tout, prescrire un régime alimentaire dont sont exclus tous les aliments renfermant des ptomaïnes, une médication d'où sont exclus tous les agents capables d'irriter le rein et d'augmenter encore l'état d'imperméabilité rénale, enfin prescrire une médication et une alimentation capables en augmentant la diurèse, d'ouvrir le rein, et de rendre plus facile et plus rapide l'élimination des toxines. Cette première indication est donc avant tout une indication *rénale*.

2° Le malade présente aussi des phénomènes d'insuffisance cardiaque : son cœur gauche a fléchi ; sa tension artérielle s'est abaissée. Il y a donc lieu d'augmenter la contractilité du myocarde et de relever la tension artérielle. Cette seconde indication est une indication *cardiaque*.

Par laquelle de ces deux indications doit-on commencer ? Administrera-t-on d'abord les toniques du cœur, ou bien faut-il débuter en débarrassant l'organisme des produits toxiques qui l'encombrent ? En combattant en

(1) Extrait d'une *Conférence de clinique et de thérapeutique du Jeudi*, rédigée par M. Tournier, interne des hôpitaux.

Digitized by Google

premier lieu l'hyposystolie par la digitale, vous auriez des résultats nuls ou mauvais : vous commettriez une erreur de thérapeutique, puisque vous pourriez ajouter une intoxication médicamenteuse à l'intoxication alimentaire. Il faut auparavant combattre l'imperméabilité rénale et la dyspnée toxique qui en est la conséquence ; c'est le plus pressé.

Formule du traitement. — A. La *première indication*, ou indication rénale, sera résolue par la médication suivante :

1° Régime lacté exclusif, pendant 8, 10 ou 15 jours. Le lait sera pris à la dose quotidienne de 3 à 4 litres ; il sera ingéré d'une façon régulière toutes les deux heures, et par petites quantités à la fois, pour éviter la formation dans l'estomac d'un coagulum volumineux, difficilement attaqué par les sucs digestifs, et capable de provoquer des phénomènes d'intolérance. — Le lait produit, suivant les malades, de la diarrhée ou de la constipation ; dans le premier cas, on y adjoindra un peu de bismuth, et dans le second un peu de magnésie.

2° Au bout de quelques jours, *quand les accidents dyspnéiques auront disparu*, on sera libre de prescrire une alimentation plus variée. Dans tous les cas, il faudra toujours donner la préférence au laitage sous toutes ses formes, aux œufs et aux légumes, surtout en purée. C'est là le trépied alimentaire de l'artério-scléreux rénal.

Vous permettrez progressivement l'usage de la viande, à la condition que celle-ci soit très cuite et non faisandée ; on usera surtout de viande de porc bien cuite ;

3° S'abstenir de bouillons et de potages gras, de poissons, de salaisons, de charcuterie, de gibier, de viandes faisandées et peu cuites, de fromages faits ;

4° Dès que les accès d'oppression réapparaîtront, revenir au régime lacté exclusif ; et, quand ils auront cessé, reprendre le régime alimentaire précédent ;

Ce régime alimentaire devra être suivi pendant longtemps (six mois, un an, et même davantage).

5° Suspendre tout médicament actif pendant les périodes dyspnéiques, surtout les médicaments actifs s'éliminant par les reins, les iodures par exemple, et proscrire de même tout aliment qui, comme les asperges, s'élimine surtout par les urines.

Après quelques jours de régime lacté, le malade n'aura plus de dyspnée ; il passera des nuits tranquilles dans son lit, et c'est ainsi que cette médication antidyspnéique aura été en même temps et d'une façon indirecte une médication hypnotique, puisque votre malade ne pouvait pas dormir en raison de son état dyspnéique. Donc, on aurait doublement tort, en présence de cette insomnie, de prescrire des hypnotiques directs (comme l'opium ou le chloral), parce qu'ils ajouteraient leurs effets toxiques à ceux de l'alimentation, et parce qu'ils ne s'adresseraient pas à la cause même de l'insomnie. Vous aurez combattu en même temps l'hyposystolie, puisque, en augmentant la diurèse, vous aurez diminué les résistances périphériques. Si pourtant, malgré cette médication cardiaque indirecte, l'hyposystolie continuait, vous auriez à remplir la seconde indication.

B. — La *seconde indication* sera résolue par l'administration de la digitale. Il faut donner la digitale sans crainte, suivant les préceptes que j'ai établis, mais seulement après avoir prescrit pendant quelques jours le régime lacté exclusif.

1° On favorisera son action par l'ingestion préalable d'un purgatif, qui, en établissant une sorte de diurèse intestinale, fait disparaître les barrières qui s'opposent à l'absorption et à l'élimination des médicaments. On pourra le formuler ainsi :

Teinture de jalap composée	20	grammes
Sirop de fleurs d'oranger	20	—

A prendre en une fois.

2° Le lendemain, donner d'emblée une forte dose de digitale : Je me sers actuellement de la digitaline cristallisée, et je la prescris de la façon suivante :

Solution de digitaline cristallisée au 1/1000e : L gouttes.
A prendre en une seule fois et pendant un jour seulement.

3° Revenir à la digitale tous les mois ou toutes les trois semaines, à la même dose, sous la même forme (digitaline cristallisée), et pendant un jour seulement.

4° De temps en temps, dans l'intervalle, pour soutenir le cœur, on ordonnera la préparation suivante, plus anodine :

Teinture de grindelia robusta . . .	30	grammes
Teinture de convallaria maialis . .	10	—
Teinture de scille	5	—

Quinze gouttes de cette mixture, trois fois par jour.

II

Un malade a des crises de coliques hépatiques ; il est atteint en même temps d'un ictère calculeux persistant.

Quelles sont les indications thérapeutiques pour le présent et pour l'avenir ?

Indications thérapeutiques. — Ce problème thérapeutique peut se résumer ainsi :

1° Traitement de la colique hépatique ;
2° Traitement de l'ictère calculeux ;
3° Traitement de la lithiase biliaire.

La première et la plus pressante des indications, c'est de calmer la douleur.

Formule du traitement. — 1° Si les souffrances sont très vives, on aura immédiatement recours aux injections hypodermiques de morphine, qui font cesser les crises douloureuses sans supprimer complètement le spasme des canaux biliaires, nécessaire à l'expulsion des calculs. (Cependant, il ne faut pas abuser de ces injections morphinées capables, par leur répétition, de prolonger des crises hépatiques en entravant la progression des calculs.)

2° Si la douleur est modérée, on ordonnera des calmants moins énergiques. A signaler parmi ceux-ci les suppositoires opiacés-belladonés :

Extrait de belladone. . .	ãã 0,02	centigrammes
Extrait d'opium		
Beurre de cacao	2	grammes

Pour un suppositoire

Sénac emploie ces suppositoires avec un intervalle d'une demi-heure pour les trois premiers, et d'une heure pour les quatrième, cinquième et sixième. (Il n'est jamais besoin de dépasser le nombre de six suppositoires

Digitized by Google

et d'ordinaire deux à quatre suppositoires sont suffisants).

3° Localement, on pourra recourir à l'application de cataplasmes laudanisés, de pommade belladonée, de linges chauds, ou, au contraire, de vessies de glace. Le liniment suivant, appliqué sur l'hypocondre droit, n'a pas les inconvenients des corps gras et huileux :

Baume de Fioraventi . .	ãã 25 grammes
Alcoolat de menthe . . .	
Glycérine	
Chloroforme	

4° Pendant la crise, on nourrira très simplement le malade avec du lait et du bouillon soigneusement dégraissé.

5° Si la douleur ne se calme pas, et si l'on a des raisons pour ne pas pratiquer d'injections morphinées, prescrire des bains très chauds pendant au moins une demi-heure.

6° Quand il existe un état nauséeux, on peut exceptionnellement provoquer les vomissements par des boissons tièdes, ou encore en touchant le fond de la gorge avec le manche d'une cuiller, les observations cliniques ayant appris que la crise perd beaucoup de son intensité et marche assez vite vers la terminaison, dès que les vomissements se produisent (Cyr).

7° Ne jamais donner pendant la crise aucun purgatif salin, qui pourrait augmenter ou réveiller le spasme biliaire.

8° Au bout de quelques jours, quand la crise est terminée, l'administration d'un purgatif s'impose au contraire, pour expulser les calculs, et éviter qu'ils ne s'accumulent dans l'intestin, où on les a vus être la cause de phénomènes d'obstruction. Donner, autant que possible, un purgatif huileux (30 à 40 gr. d'huile de ricin) ou de la magnésie anglaise à la dose d'une cuillerée à soupe le matin jusqu'à effet produit.

9° Le malade sera mis au repos absolu, dès le début des accidents. Ainsi, repos, calmants et purgatifs, telle sera la base du traitement de l'accès de colique hépatique.

10° Le Dr Touatre, de la Nouvelle-Orléans, a préconisé la médication suivante : il fait prendre en deux fois, à une demi-heure d'intervalle, la dose énorme de deux verres (environ 400 gr.) d'huile d'olives ; le malade se couche ensuite sur le côté droit durant trois heures, et au bout de dix heures, les calculs seraient évacués par l'intestin. En réalité, c'est là une illusion ; les concrétions éliminées par l'anus sont de faux calculs, elles sont uniquement constituées par de l'huile à l'état concret. Malgré cela, il n'en est pas moins certain que ce mode de traitement amène la disparition des douleurs, de l'ictère et du prurit.

Le traitement de la colique hépatique par l'huile d'olives a en réalité une origine française. Dès 1886, le Dr Feillée, d'Angers, a fait connaître une médication de ce genre qu'il employait depuis longtemps : il donne, le soir, cinq ou six heures après un repas léger, 125 à 150 grammes d'huile d'olives, dose très inférieure, on le voit, à celle que recommande le Dr Touatre ; et le lendemain matin, 40 à 60 grammes d'huile de ricin. Les résultats de ce mode de procéder sont préférables à ceux du médecin américain.

11° Le remède de Durande, composé de deux parties d'essence de térébenthine pour trois parties d'éther est infidèle dans ses effets. Il en est de même de l'antipyrine et de la phénacétine.

Reste maintenant le traitement de l'ictère calculeux et de la lithiase biliaire, traitement que nous formulerons plus tard.

HENRI HUCHARD.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

OBSTÉTRIQUE

Infection syphilitique durant la grossesse, par M. le Dr STEFFECK. — Avec Zilles et Frænckel on admet parfois que l'infection syphilitique d'une femme en état de gravidité avancée, est limitée à la mère sans atteindre le fœtus. D'après Steffeck, c'est une erreur (*Zeitsch. f. Geburt und gynæ.*, bd. XVII 1, 1890).

Il le prouve au moyen de deux observations, où l'infection de la mère se produisit vers le cinquième mois de la grossesse. Les fœtus vinrent à terme, mais succombèrent. Dans les deux cas le placenta était altéré et les fœtus présentaient des lésions de nature incontestablement syphilitique. S. R.

Des hémorragies dans le cours de la grossesse, par M. E. AUST-LAWRENCE. — En premier lieu, il peut y avoir persistance de la menstruation. C'est l'exception, mais on observe parfois ce phénomène dans les premiers mois de la grossesse, et son existence peut motiver des erreurs de diagnostic (*Brit. Med. Joural*, 10 mai 1890, p. 1065).

En second lieu, l'écoulement sanguin par le vagin peut être lié à des granulations ou des érosions du col utérin. Le traitement consiste à toucher les érosions avec l'acide nitrique et à pratiquer des injections astringentes.

En troisième lieu, il existe parfois, mais rarement, des ulcérations vaginales donnant lieu à des hémorragies qui ont pu en imposer pour le début d'un avortement. Une injection avec le perchlorure de fer suffit pour les arrêter.

A côté de ces hémorragies, il faut tenir compte encore de celles qui ont le placenta pour origine. Dans le traitement de ces hémorragies, M. Lawrence pratique le pansement suivant :

1° Irrigation vaginale avec l'eau phéniquée à 1 pour 100 ;

2° Introduction dans le col utérin d'une bougie à l'iodoforme pour rendre la cavité utérine aseptique ;

3° Placer dans le col utérin une tente préparée avec l'éponge au sublimé à 1 pour 2,000 et à la gélatine au sublimé ;

4° Tamponnement du vagin avec la gaze iodoformée.

Après vingt-quatre heures, on enlève ce pansement, on pratique une abondante irrigation phéniquée, et on applique un pessaire à l'iodoforme.

GYNÉCOLOGIE

De l'herpès menstruel, par M. le Dr BERGH. — L'herpès vulvaire existerait chez 2,6 pour 100 des prostituées. Dans une série de 877 cas, il se manifestait 73 fois sur 100 pendant la période menstruelle (*Cenl. f. Gynœlk.*, 8 février 1890), et sans qu'il soit possible d'établir un rapport de causalité entre son existence et des affections vénériennes.

M. Bergh considère cet herpès comme un exanthème menstruel dû probablement à des troubles trophiques. Dans 70 cas sur 100, il siège de préférence sur les grandes lèvres.

Nouvelle méthode opératoire des myômes utérins, par M. le Dr RYDYGIER. — Se basant sur les bons résultats que donne la *ligature des artères* dans le goitre, ce chirurgien applique la même méthode aux myômes utérins. Pour obtenir un

Digitized by Google

succès complet, la ligature doit porter sur les deux artères utéro-ovariennes, sur les deux utérines, et sur l'anastomose unissant l'utérine avec l'épigastrique. Les branches qui viennent de la vaginale suffisent à la nutrition de l'organe sans crainte d'une circulation collatérale qui remettrait les choses en état (*Wien. Klin. Woch.* 1890, n° 10).

La malade, opérée d'après cette méthode, a été revue quatre mois après : la tumeur avait diminué des trois quarts. La castration n'aurait pas donné une aussi grande amélioration.

Parfois il arrive que le fibromyôme reçoit une branche artérielle en communication avec le réseau vasculaire sous-péritonéal. Dans ce cas, il est de toute nécessité de placer une ligature sur cette artère supplémentaire. Enfin, dans les cas de grosse tumeur, la ligature s'exécute plus facilement dans le ventre qu'au dehors. H. G.

De la codéine en gynécologie, par M. H. W. Freund. — On sait que Lauder Brunton considère la codéine comme un analgésique précieux contre les douleurs siégeant dans le petit bassin. Cette opinion a conduit M. Freund à l'essayer contre les douleurs d'origine utérines ovarique ou tubaire (*Central. f. Gynækol.*, 1890, n° 2).

Il administrait la codéine à la dose de trois pilules par jour, chaque pilule contenant vingt-cinq milligrammes du médicament et obtenait la diminution des douleurs ovariques d'origine inflammatoire ou bien de nature névralgique. De plus, il constatait, fait intéressant s'il est constant, l'absence de toute action stupéfiante générale. Bref, la codéine agirait localement seulement. C'est donc un médicament à mettre à l'essai. S. R.

CHIRURGIE

De l'étiologie de la gangrène vésicale, par M. le Dr Haultain. — D'après les conclusions de ce mémoire, ce processus morbide est de coagulation et d'exsudation (*Brit.Gynecological Journ.*, février 1890). Il siège isolément sur l'épithélium, sur la muqueuse et sur la tunique celluleuse, ou bien sur toutes les tuniques vésicales. Il a pour cause une parturition prolongée et la pression exercée sur la base de la vessie par la tête fœtale.

Quatre cas de pneumotomie, par M. le Dr Ramsay. — Le premier cas est celui d'un individu atteint de gangrène du poumon droit consécutivement à une pneumonie. On incisa sur la ligne axillaire, à un pouce de la septième côte et on ouvrit le foyer pulmonaire et on draina. Le malade guérit en six semaines (*Annals of surgery*, janvier 1890).

Le second cas est celui d'un abcès consécutif à une plaie par balle de revolver, avec pyo-pneumothorax. On excisa en partie la paroi costale de la troisième à la septième côte.

Dans le troisième cas, il s'agissait d'abcès multiples consécutifs à la rougeole. Le malade succomba à la septicémie. Enfin, la quatrième observation se rapporte à un abcès du lobe inférieur du poumon droit, consécutivement à la fièvre typhoïde. La pneumotomie fut précédée de l'excision partielle des troisième, quatrième et cinquième côtes, au niveau de la ligne axillaire. S. R.

Deux cas de tumeurs de la mamelle chez l'homme, par M. le Dr Thornbun. — Dans un cas il s'agissait d'un garçon de onze ans qui, depuis douze mois, portait à la mamelle une tumeur du volume d'une orange. Cette tumeur ne causait point de douleurs. On l'extirpa ; elle était formée de tissus fibreux (*Brit. med. Journal*, 1er février 1890).

Le second cas était un squirrhe typique de la mamelle qui fut observé chez un homme de cinquante-trois ans. La tumeur avait débuté un an auparavant. L'étiologie en était inconnue. S. R.

OPHTALMOLOGIE

Traitement de la blépharite chronique, par M. le Dr A. Gradle. — Les deux formes squameuse et ulcéreuse de la blépharite nécessitent un traitement différent (*Medical News*, 5 février 1890).

Forme ulcéreuse. — Enlever les croutes, traiter ces ulcérations avec le nitrate d'argent, à une ou plusieurs reprises. S'il reste de l'inflammation, onction avec la vaseline à l'oxyde de zinc.

Forme squameuse. — Dans les cas rebelles, employer de préférence aux pommades à l'oxyde jaune ou rouge de mercure, des onctions avec la préparation suivante :

Lait de soufre	1	gramme.
Resorcine	1	—
Vaseline	40	—

Après la guérison, il faut combattre la cause de la blépharite : vice de réfraction de l'œil, altération de l'appareil lacrymal, lésions des fosses nasales. S. R.

REVUE PROFESSIONNELLE

I. *Les honoraires des médecins légistes.* — II. *Les tribunaux et l'exercice illégale de la médecine.*

I. **Les honoraires des médecins légistes.**— Voici, à titre de document rétrospectif les délibérations que l'Association des médecins de la Sarthe à prises sur le rapport de notre très honoré confrère du Mans, M. Vincent. Les unes sont relatives au tarif des expertises médico-légales ; les autres à la réorganisation de la médecine légale.

Tarif des expertises. — Nos confrères du Mans réclament :

1° Une taxe unique pour toute la France ;

2° Pour chaque visite, rapport et, s'il y a lieu, premier pansement compris : 10 francs

Pour les autopsies, y compris le rapport : 35 francs.

Pour les autopsies après l'exhumation, y compris le rapport : 50 francs.

Appel devant le juge d'instruction ou le tribunal : chaque comparution : 5 francs, etc.

Que le médecin soit considéré comme *expert* et non comme simple témoin.

Indemnité de voyage : 1 franc par kilomètre, pour l'aller seulement.

Indemnité de séjour : 12 francs par jour.

Réorganisation de la médecine légale. — Ils émettent le vœu que, dans les centres les plus importants du département ou u moins au chef-lieu, des médecins diplômés soient chargés de remplir les fonctions de médecins légistes.

Que dans les cas de flagrant délit ou pour les constatations urgentes, tout docteur, exerçant dans le lieu où le crime ou le délit a été commis, puisse remplir les fonctions de médecin légiste ; mais que la première constatation étant établie, le médecin légiste accrédité auprès du tribunal soit chargé des affaires ultérieures.

Sous une forme différente, c'est encore la création d'une fonction nouvelle : celle de *médecin légiste désigné*. Nos confrères de la Sarthe sont donc en accord sur ce point avec ceux de la Gironde. C'est un accord qu'il est utile de constater.

II. **Les tribunaux et l'exercice illégal de la médecine.** — Dans une *Correspondance des Départements*, le 2 avril dernier, nous avons publié un fait qui, une fois de plus, prouvait la tolérance des tribunaux à l'égard de rebouteux. En voici un autre exemple que nous devons à l'aimable obligeance de l'un de nos correspondants des départements de l'Est.

Entre ces deux faits, il y a cependant une différence. Au lieu de succomber quinze jours après l'intervention du rebouteur, le patient meurt entre ses mains. La punition n'en fut pas moins douce !

Nous passons la plume à notre correspondant : « A la suite » d'une chute sur l'épaule, le sieur T..., de la commune de » St-V., se fit conduire chez un rebouteur fort réputé dans la » contrée, le sieur G..., cultivateur.

» Après des tractions vigoureuses et nombreuses, le patient » souffrant de plus en plus, le sieur G... fit appel aux lumières » de son père, qui, actuellement « retiré des affaires », après » fortune faite, a cédé à son fils aîné. Tous deux se mirent à » tirer tant et si bien que le pauvre blessé, assis sur un escabeau, pâlit, puis tomba. On se hâta de le relever et de l'as-

Digitized by Google

» seoir ; mais, malgré des frictions avec un élixir fameux, cinq » minutes après il était mort.

» Grand émoi chez nos rebouteurs! Que dirait la justice ? » Quel tort à leur réputation!

« A 10 heures du soir (cela se passait le 27 août 1888), on chargea le corps sur une charrette, on le couvrit de paille, on le ramena à son domicile éloigné de plus de 20 kilomètres, on déshabilla le cadavre, on le coucha, et le matin, le voisin complaisant, qui avait prêté cheval et voiture, prévint le maire qu'en venant faire visite au sieur T..., il l'avait trouvé étendu mort dans son lit.

« Le maire de Saint-V... eut quelques doutes, insista pour connaître la vérité, hésita à enregistrer le décès et consulta le Procureur de la République.

« Je fus commis pour procéder à l'autopsie du sieur T...

« Pas trace de luxation ni ancienne, ni récente, pas de lésion organique, pas d'anévrisme, pas d'hémorragie cérébrale.

« Je déclarai dans mon rapport que les tractions considérables et prolongées faites sur le bras du sieur T... avaient, selon toute probabilité, amené une syncope dont la gravité avait été augmentée par l'élévation de la tête et que, par suite, la mort avait été la conséquence des violences exercées par les sieurs G... père et fils. Ceux-ci furent traduits en police correctionnelle Leur défenseur prit la parole pour déclarer qu'il ne niait pas qu'un accident fût survenu à MM. G..., mais que cela arrivait journellement aux docteurs ; que ses clients avaient rendu depuis nombre d'années d'immenses services dans toute la région ; qu'à l'inverse des médecins, ils guérissaient, en quelques instants, foulures, entorses, fractures, etc. Bref, une réclame en forme à laquelle s'associèrent par des applaudissements à peine discrets, certaines personnes présentes à l'audience.

« Le médecin légiste, en cette occasion et pour cause, ne fut pas appelé pour affirmer son rapport.

« Eh bien ! malgré tout, malgré la mort survenue par des manœuvres maladroites, malgré le transport clandestin de cadavre, malgré la fausse déclaration de décès faite à l'officier d'Etat civil, malgré de nombreuses condamnations antérieures, le tribunal condamna à 16 francs d'amende chacun de ces rebouteurs, père et fils, qui, depuis plus de trente ans, exercent leur industrie. Ces *individus ont déjà été punis plusieurs fois pour le même délit et chaque fois il leur a été fait remise de l'amende.* »

Le plus malmené dans cette affaire fut le médecin légiste, obligé de faire, à 6 kilomètres de sa résidence, en plein soleil, à une heure de l'après-midi, par une chaleur torride (28 août), de faire, dis-je, une autopsie dont la durée n'a pas été de moins de trois heures, et dont les honoraires se balancent ainsi :

« Il a *touché*, autopsie : 5 francs ; rapport, 3 francs ; déplacement (6 kilomètres, 2 fr. 50), total : 10 fr. 50.

» Il a *dépensé*, voiture et conducteur : 10 francs, frais : 3 fr. ; total : 13 francs.

» En balance, une perte sèche de 2 fr. 50 ; et pour mémoire une demi-journée passée loin de la clientèle. »

Tout commentaire est inutile. On conviendra, cependant, que ce document mérite les méditations de nos législateurs et de nos ministres au moment où ils sont occupés à discuter, ou plutôt, à enterrer une fois de plus la loi sur l'exercice de la médecine et la question de la réforme des tarifs des honoraires médico-légaux.

N.

REVUE DES THÈSES

Valeur de l'influence de la consanguinité sur la production de l'idiotie et l'épilepsie, par M. le Dr Gottschallck.— (*Thèse de Paris*, 1889).

Ecrite sous l'inspiration de M. Bourneville, cette thèse est la poursuite des travaux de ce dernier sur le même sujet, et démontre que les résultats concordent avec ceux obtenus pour la surdité et l'amaurose congénitales, à savoir rareté de la consanguinité dans ces accidents. C'était l'opinion déjà soutenue par A. Voisin. C'était la conclusion du travail de M. Bourneville. « Tout ce qu'on a écrit sous le nom de consanguinité revient à l'hérédité. La question à laquelle on s'applique d'ordinaire est du reste toute faite de préjugés moraux, religieux et sociaux ». M. Gottschallck a toujours trouvé chez les idiots ou épileptiques issus de parents consanguins, — et la proportion est d'ailleurs peu nombreuse, 2 à 4 1/2 0/0 — des tares héréditaires dans l'un ou l'autre des ascendants et surtout dans les deux.

Dr Charpentier.

Contribution à l'étude des pleurésies métapneumoniques, par M. le Dr Chesseret (*Thèse de Paris*, 1889).

Nos lecteurs sont déjà au courant de cette question (1), à laquelle le travail de M. Chesseret n'apporte aucun document nouveau. Les pleurésies métapneumoniques, ainsi que leur nom l'indique, s'observent à la période de défervescence, ou pendant la convalescence de la pneumonie franche. Woillez, qui les désignait sous le nom de *pneumo-pleurésies*, les regardait comme insidieuses, souvent purulentes et presque toujours mortelles. M. Troisier, au commencement de cette année, a montré, avec preuves à l'appui, que ce pronostic était trop sévère, que l'épanchement était le plus souvent séro-fibrineux et qu'elles se terminaient ordinairement par résolution. C'est à l'étude de cette variété de pleurésies métapneumoniques bénignes que l'auteur a consacré sa thèse.

Les pleurésies séro-fibrineuses de la pneumonie évoluent généralement sans grand fracas ; le plus habituellement il faut les rechercher pour les trouver. Ce diagnostic présente des difficultés lorsque la pleurésie évolue pendant la période aigue de la pneumonie. Dans ces conditions, l'épanchement est peu abondant, la matité existe dans les deux affections, l'égophonie peut manquer ou être confondue avec le souffle tubaire, on a invoqué comme moyens d'éclairer le diagnostic, le déplacement du cœur ou l'abaissement du foie, selon le siège de l'épanchement ; mais ces signes peuvent faire défaut. La ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz devient le moyen le plus simple pour faire reconnaître la présence du liquide.

Si la pleurésie se montre pendant la convalescence de la pneumonie, ses signes caractéristiques deviennent manifestes, et il suffit d'examiner la poitrine pour les reconnaître.

Cette variété de pleurésie est presque toujours bénigne et sa guérison spontanée ; si le liquide tardait à se résorber, on pourrait avoir recours à la thoracentèse.

Dr H. Marciguey.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

Une médication tœnicide

Le procédé que j'emploie pour déterminer l'expulsion du tænia est le suivant :

1° La veille du traitement, le malade ne doit prendre à son dîner qu'une tasse de lait ;

2° Le lendemain à jeûn il prend dans une cuillerée d'eau sucrée, toutes les cinq minutes, une capsule ainsi formulée :

Extrait éthéré de fougère mâle	8 gr.
Calomel	0, gr. 80

divisé en 16 capsules.

En général, quelques minutes après la dernière capsule, ou quelquefois un peu avant, le ver solitaire est rendu tout d'une masse en une seule fois. Cependant son expulsion peut tarder. Dans ce cas, deux heures après la dernière capsule, je fais prendre en une seule fois 80 gr.

(1) Voir *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 16 janvier 1889.

Digitized by Google

de sirop d'éther; ce médicament ajoutant son action à celle du précédent, amène souvent le résultat voulu, je viens d'en avoir un exemple ce matin.

Cependant, chez certains sujets, l'expulsion n'est pas obtenue, j'attends encore deux heures et alors j'administre au malade 40 gr. d'huile de ricin dans une tasse de café noir.

Depuis une quinzaine d'années environ que j'emploie ce procédé, je ne me rappelle que deux ou trois insuccès; il ne faut pas compter comme insuccès les cas où la tête n'est pas retrouvée. Malgré la précaution que je recommande et qui consiste à aller à la garde-robe dans un grand seau d'eau, ce qui rend les recherches plus faciles, elle échappe encore assez souvent, soit qu'elle reste ensevelie dans les matières fécales ou que les malades n'aient pas su la reconnaître.

Mais le temps permet de juger de l'efficacité du traitement.

En effet, lorsqu'après le rejet du corps du tænia, la tête reste fixée dans l'intestin, les anneaux se reproduisent très rapidement et après trois ou cinq mois, rarement plus tard, le malade rejette de nouveau des cucurbitins, de telle sorte que si un an se passe sans les voir réapparaître, on peut assurer que la médication a eu un plein succès. Je dois ajouter que c'est surtout le tænia inerme qui me paraît justifiable de ce traitement, je n'ai pas eu à traiter le botriocéphale qui, je crois, est très rare à Paris.

Mais pour le tænia inerme, je pense que ce procédé est un des plus efficaces et puis affirmer qu'il a réussi où le kousso et l'écorce de grenadier avaient échoué. Je me rappelle en avoir expulsé deux chez un de mes clients qui les avait contractés en Egypte, et qui plusieurs fois avait pris sans succès de l'écorce fraîche de grenadier dans ce pays.

Les capsules contenant du calomel, je recommande bien entendu de ne pas prendre d'aliments salés avant le soir.

Comme les capsules mettent un certain temps à se dissoudre dans l'estomac, quelques médecins recommandent de les laisser séjourner cinq ou six minutes dans l'eau tiède avant de les absorber; cette pratique me paraît bonne à suivre, car dans deux cas où je n'avais pas réussi, j'ai fait absorber tout le mélange en quelques minutes dans du pain à chanter; ce procédé beaucoup plus expéditif m'a réussi dans ces deux cas; l'insuccès tenait sans doute à ce que les capsules n'avaient pas été dissoutes assez rapidement dans le tube intestinal. C'est pour cela que le procédé qui consiste à les ramollir dans l'eau tiède me paraît très rationnel.

Chez les enfants il est impossible de leur faire avaler des capsules; voici la manière dont j'ai procédé plusieurs fois avec succès.

Je fais faire une émulsion assez liquide contenant de 3 à 5 gram. du mélange indiqué; je le verse dans un entonnoir armé d'un tube en caoutchouc de 0.25 à 0.30 cent. de long et gros comme une plume d'oie, je l'introduis par les fosses nasales dans l'œsophage de l'enfant couché et maintenu solidement sur les bras d'un aide; on procède lentement et avec patience; pour éviter les vomissements, on donne un peu de café noir au petit malade.

Tel est le procédé que je voulais faire connaitre, et qu est mis en pratique journellement par plusieurs médecins, notamment par MM. Constantin Paul, Duguet, Duchêne, etc.. Je désire qu'il puisse rendre quelques services à mes lecteurs.

Dr Créquy.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

Le glycérolé de savon endermatologié

A l'aide du savon de noix de coco pur, exempt d'alcalis terreux et de carbonates, et de la glycérine parfaitement neutre, M. H. von Hebra compose un excipient général pour les préparations destinées au traitement des affections cutanées.

Il peut s'obtenir à des degrés différents; les deux principaux contiennent:

1° Le *glycérolé de savon à* 80 0/0 { Glycérine 80 0/0, Savon 20 0/0 }

2° Le *glycérolé de savon à* 92 0/0 { Glycérine 92 0/0, Savon 8 0/0 }

On peut incorporer à cette base pharmaceutique des substances diverses; et en particulier des acides, comme dans les formules suivantes:

Glycérolé de savon à 80 0/0.	95	grammes
Acide salycilique.	5	—

Cette pommade convient à tous les cas dans lesquels l'acide salycilique s'emploie pour faire desquamer la peau.

Glycérolé de savon à 80 0/0.	90	grammes
Acide salycilique.	5	—
Résorcine purifiée, blanche.	5	—

Cette préparation s'adresse à la séborrhée du cuir chevelu, après nettoyage avec la teinture de savon alcalin.

Glycérolé de savon à 80 0/0.	90	grammes
Acide salycilique.	5	—
Créosote	5	—

On se sert de ce mélange comme antibacillaire contre le lupus, la lèpre, etc.

Glycérolé de savon à 80 0/0.	87	grammes
Acide salycilique.	3	—
Poix liquide.	10	—

S'applique aux cas de psoriasis, d'eczéma, de prurit.

L'incorporation des corps basiques au nouvel excipient s'effectue aussi bien que celle des corps acides.

Glycérolé de savon à 92 0/0.	95	grammes
Oxyde de zinc.	5	—

Ou:

Glycérolé de savon à 92 0/0.	78	grammes
Oxyde de zinc.	20	—
Amidon	2	—

Digitized by Google

Contre l'eczéma.

Glycérolé de savon à 92 0/0.	90 grammes
Soufre précipité.	10 —

Ou bien :

Glycérolé de savon à 92 0/0.	70 grammes
Oxyde de zinc.	10 —
Soufre précipité.	20 —

Dans le traitement de l'acné.

Glycérolé de savon à 92 0/0.	95 grammes
Iodoforme	5 gr. (et plus au besoin).

On peut ajouter une substance désodorisante.

Glycérolé de savon à 92 0/0.	90 grammes
Chrysarobine.	10 —

Contre le psoriasis, l'eczéma marginé.

Glycérolé de savon à 92 0/0.	99 grammes
Chlorhydrate d'hydroxylamine	1 —

Contre le psoriasis du visage.

Glycérolé de savon à 92 0/0.	95 grammes
Sulfoichthyolate d'ammoniaque. . . .	5 —

Contre le prurit, comme la formule suivante :

Glycérolé de savon.	80 grammes
Sulfoichthyolate d'ammoniaque. . . .	10 —
Oxyde de zinc.	10 —

Enfin :

Glycérolé de savon à 92 0/0.	98 ou 97 gr.
Acide phénique cristallisé.	2 ou 3 —

Toutes ces préparations remplacent les savons, les pommades, les onguents médicinaux ; elles ont l'avantage de se conserver longtemps, de se fluidifier à la température du corps, et de se solubiliser dans l'eau ; mais les doses précédentes ne doivent pas être changées, sous peine d'avoir des préparations manquées.

H. G.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

Société de médecine pratique de Paris (8 mai 1890). I. *L'anémonine en gynécologie.* — **Société nationale de médecine de Lyon** (5 mai 1890). II. *De l'état du pancréas dans le diabète.* — **Société des sciences médicales de Lyon** (mars 1890). III. *La pilocarpine dans le diabète.* — **Société médicale d'Amiens** (2 avril 1890). IV. *Traitement de la coqueluche par les vapeurs de soufre.*

I. **L'anémonine en gynécologie.** — L'anémonine, on le sait, MM. Eloy et H. Huchard l'ont établi, possède des propriétés vasculaires : de plus, les travaux de MM. Dormont et Bazy ont démontré son utilité dans le traitement de l'orchite. A son tour, M. Bovet vient, par des recherches cliniques fort intéressantes, de prouver que cette substance rend des services contre l'élément douleur dans certaines affections utérines.

Les essais de M. Bovet portent sur trente-quatre cas : vingt-deux de dysménorrhée; six de métrites; deux de prolapsus utérin; deux d'endométrite et deux d'ovaro-salpingite.

La dose quotidienne du médicament varie entre cinq centigrammes et vingt centigrammes et son action thérapeutique s'est traduite par la diminution des douleurs, même dans les cas les plus graves où l'intervention opératoire peut seule procurer la guérison.

Il ne faut donc pas attribuer à l'anémonine des vertus qu'elle ne possède point. C'est un analgésique qui paraît agir plus volontiers sur l'appareil génital. M. Bovet la recommande à ce titre, mais à ce titre seulement; c'est une opinion de sagesse; on ne saurait trop l'en féliciter.

Toutefois l'anémonine possède des propriétés physiologiques et probablement très toxiques mal déterminées. Comme tous les produits retirés des végétaux de la famille des Renonculacées, elle est âcre et irrite le tube digestif; il faut donc la manier avec précaution et avant d'en élever les doses, attendre que la posologie en soit mieux déterminée.

II. **De l'état du pancréas dans le diabète.** — Il existe souvent des lésions du pancréas dans le diabète. Tout le monde l'admet avec M. Lecorché; mais sans pouvoir s'entendre sur la fréquence relative de ces lésions.

Pour Frerichs et Seegen, il s'agit d'une atrophie dans la moitié des cas, et pour Senator d'une atrophie et d'une dégénération. M. Lancereaux, on le sait, catégorise sous le nom de diabète maigre, une forme particulière de diabète dans laquelle le tissu du pancréas est détruit. Enfin, M. Baumel, plus radical encore d'opinion, affirme la constance des altérations du pancréas chez les diabétiques.

L'atrophie et la dégénération peuvent exister; et, sans adopter une opinion trop exclusive, il est utile de suivre l'avis et l'exemple de M. Lépine et de procéder, par l'autopsie, à l'examen histologique le plus attentif du pancréas des diabétiques.

Il le prouve par une observation : celle d'un diabétique qui éliminait chaque jour trois à quatre cents grammes de sucre.

En apparence, son pancréas paraissait normal; mais par l'examen histologique, on constata qu'il était altéré; une zone de sclérose entourait les acini et cette sclérose périacineuse paraissait dater de loin.

M. Lépine trouve dans ce fait une confirmation indirecte de ses expériences. On voit, dit-il, que le ferment glycolytique (ferment destructeur du sucre) est résorbé par les lymphatiques. Une sclérose périacineuse oblitérant les espaces lymphatiques périacineux ferme la voie de résorption au ferment glycolytique. C'est une explication théorique; après tout elle vaut bien les autres hypothèses, puisque, à l'heure actuelle, malgré les nombreux travaux dont elle a été l'objet, la théorie pathogénique du diabète consiste toujours dans l'édification d'hypothèses.

III. **La pilocarpine dans le diabète.** — La théorie du diabète que professe M. Lépine a reçu l'approbation de M. Lannois sous forme d'un essai de traitement de cette maladie par la pilocarpine.

Pour combattre la diminution du ferment diastasique du pancréas, M. Lannois a prescrit des injections sous-cutanées de ce médicament. Il en a obtenu les résultats suivants.

Avant la première injection il existait 47 gr. 7 de sucre par litre d'urine: le chiffre descendait à 36 grammes un quart d'heure après l'injection, à 32 gr. 4, une demi-heure plus tard, à 29 gr. 9 après un autre intervalle de trois quarts d'heure. Le lendemain, il s'élevait de nouveau à 59 grammes. Mêmes phénomènes dans une deuxième expérience.

M. Lépine a été moins heureux que M. Lannois. Dans deux cas de diabète où il a essayé ce médicament, l'action en a été nulle. Pourquoi ces différences ? Parce que, de l'avis de M. Lannois, dans un des cas, le pancréas était peu atteint et que dans les deux autres, il était malade et ne réagissait plus à l'excitation de la pilocarpine. C'est donc là un moyen de vérifier l'exactitude de la théorie de M. Lépine et de juger de l'état anatomique du tissu pancréatique.

IV. **Traitement de la coqueluche par les vapeurs sulfureuses.** — La coqueluche fait, on le sait assez, le désespoir des thérapeutistes. M. Boury (de Sérancourt-le-Grand, dans le département de l'Aisne) a éprouvé, comme tous nos confrères, des déceptions par l'emploi des médications les plus diverses. Par contre, fait plus consolant, il a été satisfait des inhalations sulfureuses par la méthode de Mohn.

Digitized by Google

La technique en est simple; voici celle que M. Boury recommande : dans une chambre close, brûler pendant six heures 25 grammes de soufre par mètre cube de capacité; aérer le local pendant dix minutes et y faire coucher le malade.

On continue ce traitement pendant un, deux ou trois septennaires. L'amélioration immédiate s'accomplit et la guérison n'est point rare.

En clinicien sagace, M. Boury reconnaît que la bronchopneumonie est une contre indication au traitement. On le voit, les tentatives de notre confrère méritent d'être signalées. Ses conclusions sont judicieuses et, ce qui est plus rare, sagement pondérées. K. D.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 *mai* 1890

Présidence de M. le Dr Dumontpallier

Paralysies et atrophies musculaires dans la chorée de Sydenham. — M. Raymond fait remarquer que dans le cours de la chorée ordinaire il est fréquent d'observer des faiblesses musculaires; les paralysies sont, au contraire, beaucoup plus rares, quoiqu'elles aient déjà été signalées par divers auteurs. Le jeune homme de seize ans qu'il présente à la Société est atteint de cette variété de chorée, avec paralysies et atrophies musculaires. Né d'une mère nerveuse et d'un père rhumatisant mort de complications cardiaques, il a éprouvé sa première attaque de rhumatisme articulaire en janvier dernier : guéri de cette crise, il a pu reprendre son travail, mais au mois de mars, il a commencé à présenter des mouvements convulsifs dans la face et la langue, puis les convulsions sont apparues dans les membres supérieur et inférieur gauches : en un mot il était atteint d'hémichorée molle. Huit jours après le début de ces accidents il a été frappé d'une paralysie subite et absolue du bras gauche sans ictus apoplectique. L'atrophie a rapidement envahi les muscles de la région qui présente une différence notable de volume avec celle du côté opposé. Les reflexes tendineux sont presque abolis, il n'existe ni anesthésie cutanée, ni sensorielle, ni aucun signe d'hystérie. A un certain moment il a présenté un bruit de souffle au cœur, aujourd'hui on ne constate plus que de l'arythmie et un dédoublement du second bruit. De plus, pendant le mois de mars, il a grandi de 7 centimètres et demi.

En opposition avec celui-ci, M. Raymond présente un autre malade de vingt-trois ans, qui, à l'âge de dix-sept ans, eut une attaque d'apoplexie de cause cérébrale, à la suite de laquelle il resta hémiplégique du côté gauche; les membres sont atrophiés et animés de secousses rythmiques à grandes oscillations, se produisant toujours dans le même sens. Les réflexes tendineux sont conservés. De cette façon on peut voir la différence qui existe entre ces deux chorées, si distinctes comme origine et comme pronostic.

M. Raymond ne pense pas que les atrophies de la chorée ordinaire soient dues aux arthrites rhumatismales, non plus qu'à l'hystérie qui n'existe pas dans le cas particulier. Il les attribue à un trouble d'évolution des cellules motrices de la moelle et du cerveau (chorée d'évolution de M. Joffroy).

M. Ollivier a également constaté l'atrophie musculaire dans la chorée de Sydenham, toutefois ce trouble trophique est très rare, et ne lui paraît pas recevoir l'interprétation que propose M. Raymond. Quant à lui, il admet l'origine rhumatismale de la paralysie et de l'atrophie consécutive. Cette interprétation convient d'autant mieux chez le premier malade, qu'il a été atteint de souffle cardiaque montrant bien la nature rhumatismale de l'affection.

M. Féréol. — Ce jeune homme présente de plus une éruption d'érythème papuleux qui vient à l'appui de la nature rhumatismale de sa chorée.

Méningite et péritonite à pneumocoques sans pneumonie. — M. Debove recevait, il a quelques semaines, dans son service un homme atteint de délire, sans que l'on pût en trouver la cause; il n'existait ni pneumonie, ni alcoolisme. Trois jours après son entrée, il succombait à une péritonite. A l'autopsie, on trouva une méningite plastique formée par des dépôts fibrineux; de plus, il existait une péritonite généralisée avec le même exsudat. Les recherches bactériologiques faites par MM. Boulay et Courtois Suffit, internes du service, montrèrent que le pus des méninges et du péritoine contenait des pneumocoques en quantité considérable. Il n'existait ni pneumonie, ni lésion de l'oreille moyenne; la porte d'entrée de ces pneumocoques est restée inconnue.

M. Sevestre donnait ses soins, l'année dernière, à la petite fille d'un médecin, qui était atteinte de péritonite sans cause connue. Au bout de quinze jours, elle se localisa dans la fosse iliaque gauche, où il se forma un volumineux abcès. Le pus, retiré par une ponction exploratrice et examiné par M. Netter, contenait un grand nombre de pneumocoques. L'abcès fut ouvert par M. Championnière et traité suivant la méthode antiseptique. La guérison fut complète. Il s'agissait d'une péritonite à pneumocoques, dont la cause n'a pu être retrouvée.

M. Netter a examiné deux autres cas de péritonites à pneumocoques : ces bactéries se rencontrent fréquemment dans le péritoine des pneumoniques. Parmi les méningites suppurées, celles à pneumocoques sont les plus ordinaires. Très souvent on retrouve ces microbes dans le mucus nasal et sur la muqueuse des sinus frontaux.

De l'utilité de la bactériologie pour le pronostic et le traitement de la pleurésie purulente. — M. Netter reconnaît que les indications tirées de la marche de la maladie et du terrain sur lequel elle se développe ont une grande valeur au point de vue du pronostic et du traitement; cependant nous serons encore mieux renseignés lorsque nous connaîtrons la nature intime du mal : celle-ci nous est révélée par l'examen des germes contenus dans les épanchements purulents. M. Netter a examiné le liquide de 109 pleurésies purulentes, et il y a trouvé un grand nombre de bactéries; c'est ainsi qu'il a constaté 51 pleurésies à streptocoques, 32 pleurésies à pneumocoques, 14 pleurésies putrides caractérisées par l'association de diverses espèces de microbes, et 12 pleurésies tuberculeuses. Pour les trois premières espèces, l'examen histologique et les cultures ont montré l'organisme qui était en jeu; pour la quatrième, le bacille de Koch est souvent constaté d'emblée dans le pus par l'examen microscopique, mais il peut faire défaut dans l'épanchement; il ne faut pas se hâter pour cette raison de conclure à la nature non tuberculeuse de la pleurésie, l'inoculation du pus dans le péritoine des cobayes pouvant donner un résultat positif.

La clinique a montré que les pleurésies à pneumocoques, de beaucoup les plus bénignes, déterminent la moindre mortalité : elles sont les plus fréquentes chez l'enfant. Très souvent elles se terminent par vomique. Il faudra d'abord évacuer le pus par des ponctions répétées avant de pratiquer l'empyème comme dernière ressource.

La pleurésie à streptocoques est plus grave et plus fréquente chez l'adulte; elle est le type de la pleurésie classique, et c'est à son sujet que l'on a le plus raisonné les méthodes d'intervention. La plèvre doit être vidée de très bonne heure par la thoracotomie; ces organismes, qui se développent sur ses parois, doivent être détruits par l'emploi d'un antiseptique énergique tel que le sublimé, condition sans laquelle ils se reproduisent avec une grande facilité dans les points où ils

Digitized by Google

n'ont pas été atteints, pour infecter de nouveau la surface pleurale. On possède, cependant, des exemples de pleurésie purulente à streptocoques guérie spontanément après une ponction. Mais comme les moyens bactériologiques ne permettent pas de déterminer la virulence du streptocoque, il est préférable d'intervenir de bonne heure par la thoracotomie.

Les pleurésies putrides exigent la même intervention précoce; elles sont susceptibles de guérir sans fistule.

Enfin, les pleurésies purulentes tuberculeuses ne guérissent pas par l'empyème, mais elles sont améliorées par des ponctions pratiquées à intervalles éloignés.

Dr H. Marc-Guey.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 mai 1890

Présidence de M. le Dr Nicaise

De l'occlusion intestinale aiguë. — M. Monod recevait dans son service un jeune homme présentant tous les symptômes d'une occlusion intestinale aiguë: ventre ballonné, arrêt des matières, facies grippé, pouls misérable. Un lavement électrique échoua; l'ouverture du ventre s'imposait. On trouva d'abord des anses distendues, congestionnées, encombrant le champ opératoire, puis, après quelques recherches, une anse vide et affaissée, au niveau de laquelle existait une sorte d'étranglement en anneau. L'intestin fut dégagé avec les doigts. et aussitôt l'obstacle levé, les matières reprirent leur cours normal. Les suites de cette opération furent des plus simples, le malade guérit, malgré une légère désunion de la plaie abdominale.

M. Monod est d'avis qu'il ne faut pas insister sur les purgatifs dans les cas aigus. Avant la laparotomie, il sera utile d'employer les lavements électriques pour exciter les contractions de l'intestin, et provoquer l'expulsion des matières, dans le cas où elles seraient la cause de l'occlusion. Si ce moyen ne réussit pas, on ira directement à la recherche de l'obstacle.

M. Marchand. — Le diagnostic des affections abdominales présente quelquefois de sérieuses difficultés. Une fois, il a pratiqué la laparotomie, croyant se trouver en présence d'une péritonite purulente, qui guérit après le lavage du péritoine. Dans certain cas, le diagnostic de péritonite et d'occlusion est impossible.

M. Terrillon possède un cas analogue à celui de M. Marchand, dans lequel il fit la laparotomie, croyant à l'existence d'une occlusion intestinale, tandis que le malade était atteint de péritonite purulente. Aujourd'hui, il ne commettrait plus cette erreur, depuis que M. Duplay a signalé comme diagnostic différentiel dans la péritonite l'existence d'une zone de matité à la partie inférieure de l'abdomen, laquelle fait défaut dans l'occlusion intestinale.

M. Terrier. — Ce signe est utile à rechercher, mais il n'est pas constant. La submatité inférieure de l'abdomen peut être masquée par la sonorité d'anses intestinales situées au devant de l'épanchement. En cas de doute, il est toujours préférable d'intervenir.

Des pulvérisations antiseptiques contre certains cancers du sein et les mammites chroniques. — M. Verneuil a recueilli les meilleurs effets, dans les mammites infectieuses, de ces pulvérisations continues ou prolongées qu'il pratique depuis de longues années. Pour les mettre en œuvre, il est préférable d'employer le pulvérisateur à vapeur, quel qu'en soit le modèle; les liquides antiseptiques dont il se sert sont : la solution phéniquée à 1 ou 2 0/0, les solutions boriquées ou d'hydrate de chloral. Dans la grande majorité des cas, deux ou trois séances, de deux à trois heures chacune, dans les vingt-quatre heures, sont nécessaires pour remplir les indications : on observe alors un abaissement de la température locale, une diminution de la douleur en même temps que la désinfection des plaies. En traitant de la sorte certains abcès fistuleux du sein présentant un commencement de septicémie, M. Verneuil est parvenu à faire disparaître tous les signes d'infection. De même, dans certains cancers ulcérés et inopérables, il a obtenu la disparition de l'odeur infecte et un soulagement très marqué des douleurs qu'ils engendrent. Enfin, dans les mammites prolongées consécutives à l'accouchement et dans certaines formes de mammites diffuses à marche chronique que l'on peut confondre avec une tumeur maligne, les pulvérisations lui ont donné les meilleurs résultats, soit en enrayant la marche de la maladie et provoquant la résorption des exsudats inflammatoires, soit en limitant le mal à quelques petits abcès qu'il est alors facile d'ouvrir.

H. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 mai 1889

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

Présentations. — Observations de guérisons du prolapsus du rectum, par M. Jeannel (de Toulon). — Maladies de l'appareil locomoteur, par M. le Dr Kirmisson. — Etude sur le brouillard, par M. le Dr Nicolas. — Vaccination de la fièvre jaune, par M. le Dr D. Freire. — Maladies mentales, par M. le Dr Baillarger.

Mode de pénétration des bacilles de la morve. — M. Babès a observé qu'en faisant sur la peau de cobayes, des frictions avec une pommade où on incorpore des bacilles de morve en culture, on peut communiquer aux animaux la morve suivie de mort. L'expérience réussit surtout quand on emploie une culture récente et très virulente. M. Nocard a répété ces expériences. Sur 15 cobayes, 2 ont donné des résultats positifs, toutes les précautions ayant été prises pour éviter l'inoculation par excoriations cutanées.

M. Babès a fait l'examen des papules de la morve chez l'homme et en particulier celui d'une papule ne présentant, à sa surface, aucune trace de solution de continuité. Cette papule semblait être l'accident initial. Les follicules pileux étaient hypertrophiés et contenaient des bacilles de la morve. Autour d'eux, il y avait des cellules migratrices et le tissu à la périphérie des follicules contenaient des bacilles. M. Babès en conclut que les bacilles de la morve mis en contact avec la peau, pénètrent à l'intérieur des follicules pileux, puis en franchissent les parois et, de là, se généralisent.

De la noix de kola. — M. Dujardin-Beaumetz rappelle les expériences qu'il a faites dès 1884 avec M. Bonnet. La composition du kola (caféine, théobromine et tannin) indiquait ses propriétés. Dans les maladies du cœur, le kola donne de bons résultats, ce qui est dû à la caféine. M. Dujardin-Beaumetz croit que le kola est un diurétique assez énergique. Dans la diarrhée, il donne de bons résultats. C'est un bon tonique dans la convalescence des fièvres chaudes. Le kola agit plutôt par la caféine et la théobromine que par le rouge de kola. M. Heckel vante l'action génésique du kola. M. Dujardin-Beaumetz n'a pas constaté cette action.

Nouveau traitement du rétrécissement lacrymal — M. Galezowski, au lieu d'inciser la canicule inférieure, la laisse intacte et fait une incision de 2 à 3 millimètres, partant du point lacrymal inférieur et allant du côté de la conjonctive vers l'angle de l'œil. Il fait aussi une ouverture suffisante par laquelle la dilatation progressive se fait aussi facilement et même plus

Digitized by Google

rapidement que dans le procédé ancien. Il respecte la contractilité du point lacrymal inférieur.

M. Hervieux lit un travail sur la *vaccine de chèvre*. Il conclut que, bien que le vaccin de génisse soit plus pratique, le vaccin de chèvre peut, dans des cas spéciaux, constituer un procédé utile.

M. le président annonce la mort de M. le docteur Siredey.

Fr.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Médecins militaires et médecins civils. — Les treize jours des médecins de la territoriale. — La santé du soldat et la septième Direction. — La fièvre typhoïde dans l'armée en 1890.

Cette semaine appartient en entier aux militaires. Les gens qui aiment leurs aises ou les rêveurs de paix universelle peuvent s'en plaindre et en gémir; tant pis pour eux. Les patriotes, et ils sont nombreux en France, s'en réjouissent. Tant mieux pour nous.

Si vis pacem, para bellum. Au collège, on nous le disait naguère. Hélas! on ne nous le disait pas assez. La cruelle aventure de l'année 1870 l'a, du reste, assez douloureusement prouvé.

Actuellement, dans le corps de santé militaire, au lieu de répéter cet adage, on le met en pratique; c'est moins banal et cela vaut mieux.

Pour s'en convaincre, si on éprouve encore un doute patriotique, il suffit d'interroger ceux des confrères de l'armée territoriale qui viennent de terminer leur période d'instruction militaire.

Un hasard qui fait bien les choses — cela lui arrive parfois — m'a, durant la semaine dernière, mis en rapport avec bon nombre d'entre eux. Les uns revenaient de l'Est, d'autres du Midi ou de l'Ouest; il y en avait de Rennes, du Mans, de Bordeaux, de Belfort, de Langres, de Tours, de Paris: bref, il y en avait d'un peu partout. Eh bien! on ne saurait ni assez l'écrire, ni trop s'en féliciter: tous rentrent dans leurs foyers avec la double satisfaction du devoir accompli, pour le présent, ce qui est déjà beaucoup, et d'une invincible confiance patriotique pour l'avenir, ce qui est meilleur encore.

Pendant leurs visites d'instruction aux hôpitaux, aux infirmeries, aux dortoirs et aux magasins, tous ont admiré l'œuvre immense que, sous l'impulsion féconde de la septième Direction et des Directeurs du service de santé des corps d'armée, nos confrères militaires ont su rapidement mener à terme depuis la promulgation relativement si récente de la loi sur l'autonomie.

En temps opportun le *Journal des Praticiens* a fait connaître les prescriptions ministérielles sur l'emploi du temps pendant cette période d'instruction. Dans l'armée comme ailleurs, de telles prescriptions valent autant par le tact de ceux qui les exécutent que par l'esprit libéral de leurs rédacteurs. Le Conseil de santé, la septième Direction entendaient donner aux médecins convoqués une rapide leçon de choses. Ils voulaient encore leur inspirer la confiance: ce double but a été atteint.

En effet, et c'est le caractère libéral de cet enseignement, nos confrères de l'armée territoriale ont été appelés à se rendre compte non pas seulement *de auditu*, mais bien *de visu* et dans leurs *détails*, des rouages et du fonctionnement du service de santé à l'intérieur et en campagne. On leur a dit: « Voyez et touchez, voilà ce » que nous avons fait; voilà l'œuvre à laquelle vous » collaborerez, le matériel dont vous disposerez, le per» sonnel que vous utiliserez. Voyez, touchez, faites » comme Thomas, et, de retour dans vos foyers, propa» gez la bonne parole de la confiance et du patriotisme ». L'idée est généreuse, elle porte déjà ses fruits.

Aux temps qui ne sont pas encore lointains où l'Intendance gérait en souveraine, les adversaires de l'autonomie du service de santé s'en allaient répétant trop volontiers, — c'était un de leurs arguments favoris: « les médecins militaires sont des savants, nous recon» naissons leur valeur technique; nous admirons leur » abnégation professionnelle, mais nous contestons leurs » capacités administratives ».

Formulée, on s'en souvient, à la manière des vérités de la Palisse, cette erreur a pu, des années durant, retarder toutes ces réformes. Eh bien, nos confrères de l'armée territoriale ont pu juger de l'inanité de cet argument, apprécier comment, devenus administrateurs responsables, les médecins militaires ne cessent d'être des savants, et affirmer que ces administrateurs improvisés ont accompli en peu d'années ce que, dans l'espace d'un demi-siècle, les intendants les plus zélés n'avaient su faire.

Pour rendre cette démonstration plus complète, il me faudrait entrer dans des détails techniques; mais il est inutile de satisfaire la curiosité de l'étranger. La discrétion a toujours passé à bon droit pour une vertu militaire. En ces matières, il ne faut pas l'oublier, elle est un devoir patriotique.

Quelques-uns de mes confrères me demandent d'exprimer en leur nom leurs remerciement à nos camarades de l'armée, leurs instructeurs d'hier qui sont leurs amis d'aujourd'hui. Ils prient le *Journal des Praticiens* de témoigner publiquement leur gratitude, en retour de la courtoisie avec laquelle ils leur ont ouvert leurs rangs, et d'une complaisance si gracieuse pour rendre cette initiation militaire si attrayante.

Au lieu d'élever, comme les mauvais prophètes l'annonçaient, une sorte de barrière entre les médecins civils et les médecins militaires, la loi sur l'autonomie a amplifié la famille médicale et l'a rendue plus unie. Cette conséquence est d'autant plus heureuse qu'elle a été plus inattendue.

***

Au reste, d'année en année, les bienfaits de l'autonomie du service de santé deviennent plus manifestes. En voici une preuve tout actuelle: je l'emprunte aux documents que les Directions du service de santé des corps d'armée réunissent en ce moment sur la morbidité typhoïque de l'armée pendant les premiers mois de l'année courante.

Digitized by Google

On a, on le sait, amélioré les approvisionnements en eaux potables de nombreux casernements ; on veille plus attentivement sur les services de propreté : un ministre, à la fois puissant organisateur et fervent hygiéniste — une vertu n'exclut pas l'autre — a donné l'impulsion à des améliorations sanitaires que depuis longtemps le Conseil de santé et son président M. Léon Colin, réclamaient patiemment. Voici les premiers résultats d'efforts aussi honorables pour le ministre que favorables pour nos soldats.

Dans le mois de janvier 1889, on avait compté 274 entrées pour fièvre typhoïde aux hôpitaux. En janvier 1890, on en a compté seulement 92. En février 1889, on avait compté 262 entrées, et, en février 1890, on en a compté 189.

Pour janvier 1890, les entrées se répartissent de la façon suivante par corps d'armée : gouvernement militaire de Paris, 13; 1er corps, 1; 2e corps, 2; 3e corps, 4; 4e corps, 3; 5e corps, 4; 6e corps, 6; 7e corps, 1; 8e corps, 1; 9e corps, 31; 10e corps, 6; 11e corps, 3; 12e et 13e corps, 0; 14e corps, 3; 15e corps, 7; 16e corps, 4; 17e corps, 2; 18e corps, 1.

Pour le mois de février, les entrées se répartissent de la façon suivante :

Gouvernement militaire de Paris, 16 ; 1er corps, 3; 2e corps, 7; 3e corps, 2; 4e corps, 9; 5e corps, 27; 6e corps, 12; 7e corps, 4; 8e corps, 1; 9e corps, 18; 10e corps, 17; 11e corps, 9; 12e corps, 33; 13e corps, 0; 14e corps, 12; 15e corps, 5; 16e corps, 8; 18e corps, 2; 18e corps, 2.

Ces chiffres suffisent. Point de commentaire !

Au temps où les intérêts sanitaires de l'armée étaient confiés à des administrateurs, on mettait l'hygiène dans les règlements et nos soldats succombaient en grand nombre. Aujourd'hui ces intérêts sont confiés à des médecins ; on s'efforce de faire entrer l'hygiène dans les mœurs de l'armée et la mortalité militaire s'atténue. La méthode est différente : les hommes et les résultats le sont aussi :

Si vis pacem, para bellum. On le voit par ces statistiques : faire de bonne hygiène, c'est donc bien, mais, d'une autre manière, se préparer encore la guerre.

CH. ELOY.

INFORMATIONS

DÉPARTEMENTS

AMIENS. — **Société médicale.** — Le sujet proposé pour le concours du prix de la Société en 1891, est : *De l'hydrocèle et de son traitement.*

ÉTRANGER

ALLEMAGNE. — **Exposition médicale de Berlin.** — Cette Exposition qui sera ouverte pendant la durée du Congrès médical international, comprendra les sections suivantes : Librairie médicale, — Instruments de précision, — Microscopie, — Bacteriologie, — Photographie, — Appareils de chimie et de pharmacie, — Préparations pharmaceutiques, — Substances alimentaires, — Instruments de chirurgie, de médecine, de gynécologie, d'ophtalmologie, d'otologie, de rhinologie, de laryngologie, de dentisterie et d'électrothérapie, — Orthopédie — Gymnastique, — Modèles d'hôpitaux, — Appareils de transport des malades et blessés, — Hygiène militaire et civile. — Tableaux de statistiques.

ANGLETERRE. — **La lèpre aux Indes.** — Dans la réunion du 2 mai dernier de la Société *The Mission to Lepers*, le secrétaire a fait connaître qu'il existe environ 135,000 lépreux dans les Indes anglaises. Elle a décidé, en outre, mesure sagement humanitaire et raisonnablement scientifique de ne plus hospitaliser les enfants des lépreux dans les mêmes locaux que leurs parents.

Statistique des accidents de chemin de fer. — En 1889, le nombre des individus tués par les chemins de fer a été de 1,076, et celui des blessés de 4,836. Ces chiffres indiquent une augmentation de morbidité de 1,010 et de mortalité de 171.

Statistique de la profession médicale. — D'après le *Medical Directory*, on compte 29,372 médecins qui sont ainsi répartis : à Londres, 5,077; dans les Provinces 13,715; en Ecosse, 2,652; en Irlande, 2,577; à l'étranger et aux colonies 2,697; dans l'armée et la marine de guerre, aux Indes et dans la marine marchande, 2,648. La mortalité moyenne a été de 20,3 pour 1.000 en 1886.

ETATS-UNIS. — **Le congrès des femmes médecins.** — On parle toujours d'organiser un congrès international des femmes-médecins. Il se réunirait à Chicago, pendant l'Exposition universelle, qui doit avoir lieu aux Etats-Unis en 1892 ou 1893.

RUSSIE. — **Les mesures sanitaires contre le choléra à Astrakan.** — En prévision de l'invasion du choléra à Astrakan, les mesures suivantes ont été adoptées. Un conseil sanitaire (*Sanitanyi Sovet*) a été composé en faisant appel aux médecins et aux vétérinaires. On a divisé la ville en seize districts à chacun desquels un docteur en médecine, un assistant (*feldsher*) et deux infirmiers (*popetchitelli*) sont affectés. Un bureau médical central est chargé de la direction du service.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Nomination dans le corps de santé de la marine. — *Au grade de médecin de 2e classe* : M. le médecin auxiliaire Ehrmann.

A l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe : MM. les Drs Dupin et Condé.

Concours d'admission en 1890 à l'Ecole du service de santé militaire. — Une décision du 9 mai 1890 a fixé ainsi qu'il suit le nombre des candidats à admettre cette année à l'Ecole du service de santé militaire : candidats à 8 inscriptions, 15; candidats à 4 inscriptions, 65.

Pour la dernière fois, les candidats à 8 inscriptions sont admis au concours.

ÉTRANGER

ANGLETERRE. — **La noix de Kola dans l'alimentation du soldat anglais.** — Au moment où la valeur de cet agent est discutée au point de vue militaire, on doit rappeler les expériences dont le chirurgien militaire anglais Finth a donné le détail dans le *Practitioner* de juin 1889. Il a constaté que son usage diminue la sensation de la faim et permet au soldat de braver la fatigue. Bien avant M. G. Sée, et après d'autres, d'ailleurs, que ce dernier a omis de citer, il attribue ces propriétés à la caféine, comme il met à l'actif du tanin des vertus antidiarréhiques. Rien de nouveau sous le soleil..... académique de M. G. Sée.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Vernhes (député du Gard) ; Cuignet (de Lille) ; Siredey, médecin des hôpitaux de Paris et membre de l'Académie de médecine ; Pindray, médecin de la marine ; Aybram (de Carcassonne); Chabus (de Sisteron); Roumieux, médecin de la marine, et Desmasures, à Dourlers.

Le Directeur-gérant : HENRI HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE N° 22 28 MAI 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THERAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

COMITÉ DE RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

CLINIQUE MÉDICALE

Ecole de médecine de Tours. — M. le Dr DUCLOS

Des hémoptysies répétées. Signe précurseur de la néphrite interstitielle

Le second exemple (1) peut se résumer en quelques lignes.

Il s'agit d'un homme dont j'ai pu suivre la maladie dès son début jusqu'à sa conclusion fatale. Cet homme, fils d'un goutteux articulaire et viscéral, avait été dans son enfance et même dans sa jeunesse, atteint d'eczéma à répétition. Les poussées eczémateuses, tantôt limitées à quelques points, tantôt très étendues, cédaient en général après sept ou huit semaines pour se reproduire à intervalles irréguliers et quelques-uns d'ailleurs assez longs.

Un jour, je suis appelé en toute hâte à l'occasion d'une hémoptysie abondante qui venait de se manifester pendant la nuit et sans que rien eût paru la motiver. Le malade avait été brusquement réveillé par un chatouillement à la gorge immédiatement suivi de l'hémorragie. Il avait alors cinquante-deux ans et rien dans son passé n'avait appelé son attention, ni la mienne sur les organes respiratoires.

Sa constitution était robuste, son teint net, toutes ses fonctions s'accomplissaient très régulièrement. En somme jamais de maladies sérieuses, simplement quelques indispositions de l'estomac expliquées par un appétit trop actif. Je fis le nécessaire, et dès le matin l'hémoptysie cessait en presque totalité, réduite à l'expulsion de quelques caillots sanguins dans la journée et le lendemain.

L'examen de la poitrine, celui du cœur et des gros vaisseaux ne révélaient aucune lésion et même aucun trouble fonctionnel.

Ici encore mon diagnostic fut celui d'une hémoptysie arthritique, et comme j'avais déjà enregistré un certain nombre de faits semblables, je prescrivis la même médication et les mêmes soins d'hygiène que dans le cas précédent.

Le malade, très effrayé comme tous les hemoptoïques de la possibilité d'un retour de cet accident, suivit ponctuellement la prescription. Mais dix mois après, une nouvelle hémorragie se produisait, et en dépit de tous les soins et de toutes les précautions, elle se renouvela à intervalles variables et en quantités également diverses, toujours soudaine, inattendue, brutale. Circonstance qu'il importe de noter : l'eczema ne reparut plus.

Dix ans après, je suis appelé par le malade, préoccupé d'un léger œdème périmalléolaire, et même montant le soir à un travers de main au-dessus des malléoles. En même temps une émission plus fréquente d'urine pendant la nuit, et en réalité une quantité plus considérable d'urine qui peut être évaluée à deux litres et demi dans les vingt-quatre heures. L'examen de la poitrine et du cœur ne révèlent absolument rien. Aucune modification ni du rhythme, ni des mouvements, ni des bruits du cœur; mais l'urine, soigneusement analysée, contient de l'albumine qui, dosée par le pesage, est de quarante-six centigrammes par litre, ce qui donne donc à peu près un gramme quinze centigrammes pour vingt-quatre heures.

Je prescris la médication habituelle : régime lacté, frictions stimulantes, séjour dans le Midi pendant tout l'hiver, afin de permettre au malade les sorties à l'air, et, par suite, une ample respiration pulmonaire et cutanée.

Cet état se maintint stationnaire pendant près de trois ans. Puis un jour, à l'occasion peut-être d'un refroidissement, je vis se développer l'œdème pulmonaire d'abord peu considérable. L'anasarque ne tarda pas beaucoup à survenir, avec tout son cortège de symptômes pénibles. La néphrite interstitielle suivit son cours en dépit du traitement que j'avais complété par l'usage de l'iodure de sodium, admirable moyen, bien préférable dans ce cas spécial à l'iodure de potassium que je prescrivais auparavant. La maladie progressa d'une manière lente mais continue, et après trois années depuis le jour où l'albumine avait été constatée dans l'urine, le malade succombait à un œdème pulmonaire généralisé et à l'anasarque.

Je pourrais citer un bon nombre d'autres cas. Ce ne serait qu'une répétition.

Voilà donc des hémoptysies qui surviennent chez des adultes, dans la force de l'âge, d'une constitution solide, sans cause immédiate appréciable, et sans que l'examen le plus scrupuleux permette de constater aucune lésion dans l'appareil cardio-pulmonaire.

Qu'est-ce donc qu'une pareille maladie ?

La soudaineté de l'hémorragie, son abondance immédiate, sa courte durée, le peu d'influence qu'elle a sur la santé générale, sa fréquente répétition, tout semble indiquer qu'il s'agit ici d'un phénomène purement con-

(1) Fin. Voir n° 21.

Digitized by Google

gestif qui mérite une place à part dans les congestions pulmonaires si admirablement décrites par Queyrat.

Le clinicien doit aller plus loin, et se demander la cause de cette congestion brusque, inattendue, récidivante, et qui a si souvent pour conclusion le développement d'une néphrite interstitielle.

Plus on y réfléchit, plus on arrive à la considérer comme un phénomène d'ordre et de cause arthritique.

Et en effet, ce n'est pas chez des sujets malingres, anémiques, surmenés, ayant une tare morbide indubitable qu'on le constate. C'est de préférence chez les hommes arrivés à leur complet développement, d'une constitution solide, d'une santé apparente très bonne, et dont les indispositions ou les maladies, quand ils en ont, sont d'ordre arthritique, la migraine, l'eczéma, le rhumatisme fibreux, les rétractions aponévrotiques ou tendineuses, les hémorroïdes, l'asthme.

Voilà le fait d'observation, le fait indéniable, qui conduit avec l'expérience de chaque jour à voir dans ces hémoptysies si particulières un phénomène d'arthritisme. Ce n'est d'ailleurs pas là un fait nouveau en Pathologie générale. Tout le monde a lu le remarquable travail de M. Huchard (*des hémoptysies arthritiques* 1883). On sait aussi que Landouzy (1884), puis Huchard et Gaucher (*Société Médicale des hôpitaux, juin* 1888), ont appelé l'attention non pas sur les hémoptysies, mais bien sur les épistaxis de l'adulte comme signe précurseur de la néphrite interstitielle. M. Huchard les attribue à l'hypertension artérielle dont l'arthritisme est si souvent la cause.

Mais une nouvelle difficulté se présente. Comment se rendre compte de cette succession de l'hémoptysie à la néphrite interstitielle? J'y ai beaucoup réfléchi, j'ai beaucoup observé, et l'explication me paraît simple et acceptable.

Le caractère propre à l'arthritisme est de déterminer cette lésion spéciale qu'on appelle l'artériosclérose quelle que soit d'ailleurs l'altération que le microscope peut seul révéler. Le fait certain, le fait clinique indubitable, c'est la production de l'artériosclérose sous l'influence de l'arthritisme.

Ne semble-t-il pas vraisemblable, et l'observation clinique appuie fortement cette explication, que sous l'influence arthritique qui se traduit toujours par des poussées plus ou moins violentes, des fluxions plus ou moins répétées, les capillaires pulmonaires sont les premiers envahis par l'altération scléreuse, et que chaque poussée se traduit par une hémorragie en rapport avec le siège et l'intensité de cette poussée.

Puis, le mal, ralenti dans sa marche par les soins hygiéniques, par la médication, par le régime, finit par atteindre un jour les capillaires rénaux et alors se développe et évolue, avec lenteur généralement, la néphrite interstitielle. L'artériosclérose frappe le rein comme elle a déjà frappé le poumon, comme elle frappera plus tard le cœur. On peut suivre cette évolution successive et progressive de la lésion, et on comprend alors d'une manière bien nette toutes les manifestations viscérales qui se succèdent dans le cours de cette longue maladie. Personne, je pense, ne songe aujourd'hui à ressusciter les explications mécaniques de Traube.

Il y a là, je ne me le dissimule pas, matière à d'intéressantes recherches microscopiques. Elles ne me sont pas suffisamment familières, et, en somme, nous faisons ici de la clinique.

Je me résume :

Lorsque, chez un adulte, vous rencontrez des hémoptysies quelquefois abondantes, se reproduisant fréquemment, sans lésion appréciable de l'appareil respiratoire ni du cœur,

Quand, de plus, cet adulte est un homme de bonne constitution, et a éprouvé ou éprouve quelques manifestations attribuables à l'arthritisme,

Alors pensez, pour le moment présent, à l'artériosclérose d'origine arthritique, et redoutez pour l'avenir la néphrite interstitielle.

LE DIAGNOSTIC DES MALADIES

Hôpital de la Pitié (Service de M. Jaccoud). — *Le diagnostic étiologique de la gangrène pulmonaire.* — **Hôpital Necker** (Service de M. Rendu. — *Le diagnostic de la néphrite blennorrhagique.*

I. Diagnostic étiologique de la gangrène pulmonaire. — Les ouvrages pratiques de pathologie interne traitent brièvement de la gangrène pulmonaire. Est-ce à dessein ? Je ne sais : en tout cas, c'est peut-être là un des motifs pour lesquels il existe des lacunes dans l'histoire clinique de cette manifestation morbide. En voici une preuve nouvelle. Je la trouve dans une très récente et très intéressante leçon de M. Jaccoud.

Le 18 janvier 1890, M. Jaccoud reçoit dans son service un malade qui, jusqu'au 14 janvier, n'avait pas éprouvé d'autres phénomènes morbides que du malaise, de la toux, une légère bronchite : les symptômes d'une simple grippe.

Cet appareil symptomatique était de modeste apparence. Le 14 janvier, il s'aggrave. Douleur déchirante et diffuse dans le côté droit de la poitrine, quintes de toux, crachats abondants et sanguinolents, puis sanieux, mousseux et horriblement fétides ; haleine également fétide ; enfin, dyspnée, petitesse de pouls, élévation thermique, tous symptômes inquiétants qui, d'emblée font soupçonner un foyer de sphacèle dans l'appareil respiratoire.

Avant de déterminer la pathogénie de ce sphacèle, précisons son siège : en d'autres termes, s'agissait-il d'une *gangrène du tissu pulmonaire*, ou bien d'une *gangrène des extrémités bronchiques* et de la bronchite fétide ?

Dans celle-ci, la fétidité des crachats et de l'haleine

Digitized by Google

est moindre que dans celle-là, et avec quelque raison, on a pu dans le diagnostic différentiel de ces deux manifestations morbides, considérer le degré de fétidité comme un signe de présomption. Mais une présomption ne suffit point ; il faut la certitude L'auscultation d'une part, l'évolution de la maladie de l'autre, y conduiront plus sûrement.

Dans la gangrène pulmonaire on trouvera les vestiges d'un foyer pneumonique : du souffle, de la matité, une modification des vibrations thoraciques : bref, les signes physiques d'une condensation plus ou moins localisée du tissu pulmonaire.

Les signes physiques d'une bronchite diffuse sont autres : on les connaît ; inutile de les énumérer.

Plus tard, la maladie, continuant sa marche progressive, il se produira une excavation, et cette excavation remplacera le foyer initial d'induration : le souffle prendra le timbre caverneux ; au lieu de la pectoriloquie, on entendra un retentissement des vibrations thoraciques ; l'expectoration deviendra plus abondante ; alors la caverne est creusée : plus de doute, cette évolution est celle d'une gangrène pulmonaire et non pas d'une bronchite fétide par gangrène des extrémités bronchiques.

Il en a été ainsi chez cette malade du service de M. Jaccoud et le diagnostic de gangrène pulmonaire était nettement établi.

Mais quelles étaient l'origine et la nature de cette gangrène pulmonaire? Encore un point à discuter. Pour M. Jaccoud, dont l'opinion est partagée par d'autres observateurs, le sphacèle du poumon reconnaît une des trois causes suivantes : l'*ischémie*, la *dyscrasie*, ou bien une *lésion directe* du tissu pulmonaire.

Entre ces trois variétés, laquelle choisir? La *gangrène du poumon par lésion directe* est celle que l'on observe chez les aliénés et les paralytiques après l'introduction de parcelles d'aliments dans les voies aériennes, ou bien au cours d'un cancer œsophagien, comme dans le cas signalé par Andral et dans l'observation publiée par M. Jaccoud, en 1881. C'est elle encore qui se produit par l'action des vapeurs irritantes : tels la sphacèle pulmonaire des vidangeurs ou la gangrène des voies aériennes après l'inhalation des gaz délétères dégagés par la combustion des matières explosives, dans les accidents des poudrières ou les explosions de gaz. Les commémoratifs et les antécédents professionnels suffisent alors pour établir le diagnostic. Dans le cas actuel, rien de semblable. Il fallait chercher ailleurs.

La *gangrène pulmonaire dyscrasique* s'observe dans le diabète et l'alcoolisme. C'est aussi une complication des fièvres graves à leur déclin, du typhus et de la rougeole. La dyscrasie sanguine en est-elle le seul facteur pathogénique? On peut discuter.

Il y a lieu, comme facteur pathogène, d'invoquer les altérations vasculaires intermédiaires : on l'a pensé ; on l'a parfois démontré. Ici ce serait une hypothèse gratuite; l'histoire de cette maladie conduit à une interprétation étiologique plus rationnelle.

La plus vraisemblable, celle qui s'impose, c'est l'hypothèse d'une *gangrène pulmonaire par ischémie.*

Cette forme de la gangrène pulmonaire n'est point exceptionnelle. Des infarctus, des hémorragies pulmonaires ou des cavernes pulmonaires peuvent être les agents de cette compression. On la rencontre surtout dans la pneumonie, et Huntington a pu la mentionner sept fois, chiffre considérable, dans une statistique de la mortalité pneumonique qu'il publiait en 1876.

Un foyer pneumonique a donc été, dans le cas actuel, la cause de la nécrose pulmonaire par compression. Cette affirmation mérite justification.

Ici, en effet, M. Jaccoud considère le foyer pulmonaire comme l'instrument de cette compression. Ce serait, en effet, une hérésie clinique d'en douter. De plus, on doit invoquer l'intervention des causes adjuvantes : la cachexie, la déchéance de l'organisme, sa détérioration préalable, et localement l'abaissement de vitalité du tissu pulmonaire. Cette malade était en état grippal au moment de l'agression pneumonique. Son organisme était donc détérioré ; de là, cette conclusion : le foyer pneumonique a été la cause instrumentale du sphacèle du poumon, et ce foyer de sphacèle rentre bien dans la catégorie des *gangrènes par ischémie.*

Pour confirmer un tel diagnostic clinique, il manque seulement des renseignements histologiques. En dénonçant des fibres élastiques et l'élimination du tissu pulmonaire dans les crachats, le microscope les fournit.

Il ne reste plus qu'à formuler un pronostic et des indications thérapeutiques.

Sur le pronostic, inutile d'insister ; il doit être et il est de discrétion ;

Quant au traitement, l'indication capitale, on le devine aisément, est de faire de l'antisepsie.

Elle consiste donc :

1° A réaliser la désinfection de la chambre et de l'atmosphère. On l'obtient par des pulvérisations phéniques ;

2° A antiseptiser les voies respiratoires par l'ingestion d'une potion additionnée de liqueur de Labarraque à la dose de 4 grammes par jour, M. Jaccoud l'a prescrite;

3° A pratiquer l'antisepsie du milieu intérieur par l'administration interne de l'acide salicylique à la dose quotidienne de 0,50 centigrammes ;

4° A soutenir le malade par l'usage des toniques et surtout de l'alcool. On met ainsi l'organisme en état de résistance ; c'est encore, mais d'une autre manière, pratiquer l'antisepsie.

II. **Le diagnostic de la néphrite blennorrhagique.** — Les doctrines microbiennes n'ont pas encore donné la clef de la pathogénie du sphacèle pulmonaire. On trouve de nombreux microbes dans l'expectoration des malades qui en sont atteints. On a essayé de les cultiver ; mais ni les réactifs, ni les cultures, ni les inoculations n'ont permis d'isoler et de reconnaître le bacille d'où vient le mal.

Il en est tout autrement de la blennorrhagie, et dans ces derniers temps, on a bien démontré l'invasion des organes génito-urinaires par le gonococque et son émigration de l'urèthre antérieur ou de l'urèthre postérieur, vers la vessie et l'uretère. Pourquoi n'envahirait-il pas le rein ?

Durant l'été dernier, M. Rendu recevait dans son

Digitized by Google

service un malade présentant quelques symptômes de néphrite : amaigrissement, urines purulentes, albumineuses, assez abondantes : mais point ou peu de signes fonctionnels : absence d'œdème, de troubles cardiaques, de céphalée, de douleurs lombaires, de troubles digestifs. La polyurie nocturne n'existait pas et n'avait jamais existé durant les années précédentes. Cependant la quantité des urines expulsées pendant le jour était légèrement augmentée. De plus on n'avait constaté ni l'intermittence de l'albuminurie, ni l'exagération de la tension artérielle pendant le stade préalbuminurique. A bon droit, ces faits éloignaient donc l'idée d'une néphrite interstitielle franche.

Pouvait-on plus légitimement soupçonner une néphrite parenchymateuse? Non, il y aurait eu de l'oligurie et des accidents urémiques.

Quel diagnostic anatomique adopter? Celui de néphrite mixte?

C'était le seul légitime. Voici pourquoi : ce malade était un blennorrhagique et, depuis un an, il avait successivement ingéré des doses considérables de baume de copahu, puis d'essence de santal. Durant cette année, il est devenu néphritique. A quelle cause attribuer cette inflammation rénale? Au processus infectieux de la blennorrhagie ou bien à l'irritation rénale causée par l'administration inconsidérée de la médication balsamique?

Eh bien! ce serait, on en conviendra, une exagération de faire ainsi d'emblée le procès de ces médicaments. Autant affirmer — exagération aussi hasardée — que le copahu et le cubèbe ont pu de toutes pièces créer les lésions de la néphrite?

N'est-il pas plus clinique de dire qu'ils ont seulement augmenté l'irritation rénale dont l'infection blennorrhagique a été le premier facteur, et de formuler le diagnostic sous le nom de pyelo-néphrite.

L'hypothèse pathogénique est alors celle-ci : en cheminant dans les voies urinaires, l'agent infectieux a semé — on me permettra, je pense, cette expression — l'inflammation sur son passage dans l'urèthre, dans la vessie, dans l'uretère et finalement dans le rein; la néphrite n'est qu'une épisode de cette infection.

Cette néphrite a d'ailleurs un caractère spécial; elle se traduit par une polyurie, qui, malgré sa modération, n'en est pas moins un symptôme de néphrite interstitielle. Elle se traduit encore par l'absence d'altération du cœur, de troubles vasculaires et d'accidents urémiques. Les signes révélateurs des néphrites parenchymateuses sont donc très atténués.

Plus tard, au jour où les altérations envahiront le rein tout entier, les manifestations de l'urémie surviendront peut-être.

Mais à quoi bon soulever la question du pronostic? Evitons tout jugement prématuré et pratiquement retenons le fait que la néphrite infectieuse est une des complications possibles de la blennorrhagie; que cette inflammation du rein n'est ni une néphrite interstitielle vraie, ni une néphrite épithéliale franche. Suivant l'ancienneté, l'étendue et la marche progressive des altérations du rein, elle ressemble à l'une ou l'autre mais considérée dans l'ensemble de son évolution, c'est une néphrite infectieuse.

Elle diffère donc de la première de ces néphrites : elle diffère encore de la seconde. Qu'est-elle? Une néphrite de forme spéciale : la *néphrite blennorrhagique*.

Aller au delà ou rester en deçà de cette conclusion serait entrer dans le domaine des hypothèses. Il est clinique de n'y point pénétrer.

Ch. Eloy.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

I. *Docimasie pulmonaire et docimasie gastro-intestinale; atélectasie des nouveau-nés.* — II. *Docimasie sidéro-pulmonaire; docimasie volumétrique.* — III. *Persistance de l'hymen pendant la grossesse.* — IV. *Recherches sur la rigidité cadavérique.*

I. **Docimasie pulmonaire et gastro-intestinale; atélectasie secondaire des nouveau-nés.** — Ces questions sont redevenues d'actualité en Allemagne depuis que le procédé de respiration artificielle de Schultze s'est généralisé. En même temps que l'on mettait en suspicion la valeur de la docimasie pulmonaire, on essayait de lui substituer, comme preuve de la vie extra-utérine, la docimasie gastro-intestinale. M. Falk concluait (*Centralb. f. Gynæk.*, 1887) que la strangulation détermine des phénomènes réflexes en vertu desquels l'enfant meurt en état d'expiration, et que cet effort d'expiration a pour effet de chasser une partie de l'air contenu dans les poumons. En outre, d'après lui, et ainsi que l'avait indiqué Ungar, la continuation de l'action du cœur favoriserait la résorption par le sang de ce qui reste d'air dans les alvéoles. M. Bernheim, d'un autre côté, tentait de substituer à la preuve pulmonaire la preuve volumétrique (*Deutsche med. Wochen*, 1889).

Enfin, Schauta, Schultze, Sommer, Torgler, Skutsch, Reinesberg, Runge admettaient, contrairement à Hoffmann, Schaiter, Nobiling, Filippi, que les manœuvres de balancement de Schultze peuvent introduire de l'air dans les poumons d'un nouveau-né. L'air occuperait, dans certains cas, jusqu'aux deux tiers du poumon, mais serait inégalement réparti, de sorte que les zones aérées se trouveraient marbrées de zones atélectasiques, comme on l'observe sur les poumons des enfants qui n'ont qu'incomplètement respiré.

Remarquons, avant d'entrer dans la discussion des observations, que ces vues sont pour la plupart théoriques, l'infanticide n'étant en général commis qu'à la suite d'accouchements clandestins; et s'il était démontré que la respiration artificielle peut réellement introduire de l'air dans les poumons des nouveau-nés, ce fait ne comporterait pas les conclusions que Runge a voulu en tirer. Pour qu'il eût une réelle valeur en médecine légale, il faudrait démontrer que la respiration artificielle peut imprimer aux poumons les caractères absolus de la res-

Digitized by Google

piration complète; cela n'a pas été fait jusqu'à présent, et des recherches fort concluantes de M. Pellacani viennent démentir les assertions des auteurs allemands.

Tout d'abord, démontre M. Pellacani (*Rivista sper.*, XV), l'on n'arrive pas, au moyen de la respiration artificielle, à faire pénétrer de l'air dans les poumons macérés. Si ces manœuvres réussissent chez les fœtus non macérés, c'est tout à fait exceptionnellement, et dans tous les cas l'introduction de l'air est très limitée.

Il en est de même pour les enfants à terme : la respiration complète, qui est le seul criterium de la vie extra-utérine, ne peut pas être simulée. Alors même qu'elle serait pratiquée sur un enfant qui a respiré spontanément, mais incomplètement, elle n'imprimerait pas à ses poumons les caractères de la respiration complète.

Cependant, il est impossible de distinguer, d'après son aspect extérieur, un poumon qui a respiré d'une façon incomplète, d'un poumon qui a été insufflé, ou qui a été aéré par le fait de manœuvres artificielles. Les lacérations des muscles thoraciques, les résultats de l'enquête peuvent seuls guider le médecin, l'emphysème, l'écume bronchique et, ainsi que nous le verrons plus loin, la présence de l'air dans l'estomac n'ayant aucune signification médico-légale.

Dans le même travail, M. Pellacani passe en revue les diverses théories que l'on a proposées pour expliquer l'atélectasie secondaire des nouveau-nés. La théorie de Schrœder (élasticité pulmonaire) a été réfutée par de nombreux physiologistes (Tœplitz, Volkmann, Donders, Rosenthal, etc.), et Gerlach a montré que les mouvements provoqués à la surface des poumons par la galvanisation des pneumogastriques sont dus à la contraction des muscles bronchiques et nullement à celle des alvéoles pulmonaires.

Les recherches de Krammer ont peu d'importance en pratique. Déjà, en 1864, Traube avait observé que les poumons laissés au contact de l'air, par l'ouverture du thorax, deviennent atélectatiques. Dans ce cas, l'atélectasie est due, comme dans le pneumothorax, à la résorption de l'air des alvéoles par le sang de la petite circulation. Lorsque les poumons sont détachés du thorax, le processus est lent et ne s'observe que sur les poumons des petits animaux, le lapin, par exemple. Tandis que le poumon d'un enfant, même au bout de dix jours, n'est pas redevenu entièrement fœtal, la zone périphérique d'atélectasie s'apposant à l'issue complète de l'air des alvéoles. La présence de ce noyau central aéré, la distribution régulière de l'atélectasie à la surface, la possibilité d'insuffler ce poumon permettront de le distinguer d'un poumon qui n'a pas respiré ou qui n'a respiré qu'incomplètement.

L'atélectasie des nouveau-nés n'est pas comparable à celle qui résulte d'un pneumothorax ou de l'obstruction d'une grosse bronche. Les expériences de Traube et de Lichteim ne donnent donc pas la clé du phénomène, et d'ailleurs, rien n'est moins prouvé que l'existence de l'atélectasie des nouveau-nés.

Dans un autre mémoire (*Rivista degli Ospedali 1889*), M. Pellacani critique la méthode de Breslau, (docimasie gastro-intestinale) que MM. Ungar et Nitikin ont voulu récemment réhabiliter. Il est, en effet, démontré aujourd'hui que l'enfant peut déglutir de l'air avant d'être expulsé des parties génitales, et que ses mouvements de déglutition sont surtout actifs lorsqu'il est en danger d'asphyxie. On doit donc s'attendre à trouver fréquemment de l'air dans l'estomac d'enfants morts pendant le travail, et l'on s'exposerait à de graves erreurs si l'on tenait un compte absolu de cette constatation. En outre, cette preuve ne permet pas d'apprécier la durée de la vie extra-utérine, puisque d'après M. Nikitin elle est toujours négative pendant le premier quart d'heure qui suit la naissance, et ne commence à donner, d'une façon à peu près constante, des résultats positifs qu'au bout de deux heures.

D'ailleurs, lorsque l'on compulse les observations de Nikitin et de Liman, on s'aperçoit vite qu'elles ne sont rien moins que probantes. Sur quarante cas cités par Nikitin, trente-six fois la preuve gastrique était inutile, puisque la preuve pulmonaire était positive; dans un autre cas, l'enfant mourut pendant le travail, et l'on trouva néanmoins l'estomac rempli d'air. Les autres observations sont écourtées. Dans la deuxième série d'observations du même auteur, on trouve que sur vingt-un cas où la preuve gastrique reste négative, la preuve pulmonaire est au contraire positive; il en est de même quatre fois sur vingt-cinq cas où le cadavre était en putréfaction.

D'un autre côté, M. Winter, chez neuf enfants morts-nés et n'ayant pas subi de manœuvres de respiration artificielle, a trouvé constamment de l'air dans l'estomac et même dans l'intestin (*Viertelj. f. gerichtl. Med.* 1889).

En somme, l'état asphyxique, indépendamment de la putréfaction, est la cause première de la distension gazeuse de l'estomac, distension que l'on observe encore lorsque, par le fait d'une obstruction des voies respiratoires ou d'une insuffisance des muscles inspirateurs, le poumon n'a été aéré que partiellement. On a donné à tort à cet état du poumon le nom d'atélectasie des nouveau-nés. En tel cas, il serait préférable de porter son attention sur le contenu des bronches, et après avoir lié la trachée, d'inciser sous l'eau les principales ramifications bronchiques afin de s'assurer si elles contiennent de l'air. C'est au moyen de leurs vaisseaux que s'effectueraient, d'après M. Pellacani, les échanges respiratoires, peu actifs à cette période de la vie, dans les cas où l'on trouve à l'autopsie le poumon complètement fœtal, quoique l'enfant ait crié et, en apparence, respiré normalement pendant un temps plus ou moins long. Les forces respiratoires n'ayant pas vaincu la résistance des

Digitized by Google

alvéoles, le poumon est resté fœtal, il ne l'est pas redevenu.

L'atélectasie secondaire, qui est une des principale objections élevées contre la docimasie pulmonaire, n'existerait donc pas. Cette doctrine, sans doute, demande à être sanctionnée par de nouvelles recherches, mais en tout cas, elle est tout aussi plausible que les diverses théories pathogéniques de l'atélectasie secondaire des nouveau-nés.

II. **Docimasie sidéro-pulmonaire; docimasie volumétrique.** — Nous ne ferons que signaler ces deux procédés. Le premier a été proposé par Zaleski (*Viertelj. für Gerichtl. med.* 1888). Il consiste à doser la quantité de fer contenue dans les poumons, la teneur en fer dépendant, d'après cet auteur, de l'établissement de la respiration et semblant être directement proportionnelle au fonctionnement de cet organe. Impraticable dans les cas de mort par non ligature du cordon, il serait appelé à remplacer la docimasie pulmonaire quand les poumons sont putréfiés, quand ils ont été conservés dans l'alcool ou soumis à une haute température.

Dans ce dernier cas, des recherches chimiques sont le plus souvent inutiles : tant que l'immersion du fœtus dans un liquide bouillant n'a pas été prolongée au point de produire la coction complète du poumon, l'atélectasie thermique disparaît au bout de quelques minutes sous l'influence de l'immersion dans l'eau froide. Il suffira de prolonger l'expérience hydrostatique plus longtemps que d'ordinaire pour voir le poumon regagner la surface de l'eau (Tamassia. *Riv. sper.* XIV).

Dans les autres hypothèses, le procédé de Zaleski ne possède aucune valeur. C'est du moins la conclusion que MM. Jolin et Key-Aberg ont tirée de leurs recherches sur 13 cadavres de nouveau-nés (*Viertelj. f. gerich. med.* 1889).

De même, d'après M. Ungar (*Deustche med. Woch.* 1889), la méthode de Daniel, que M. Bernheim a essayé de réhabiliter (*Deutsche med. Woch.* 1889), ne fournit pas des résultats comparables à ceux de l'ancienne preuve. Dans les cas extrêmes, où le poumon possède une densité de 0,8 (poumon aéré) et de 1,1 (poumon fœtal), il est inutile d'employer un procédé aussi minutieux et aussi long ; dans les cas intermédiaires, elle n'atteint pas la rigueur et la sûreté de la docimasie pulmonaire ordinaire ; enfin, lorsque le poumon est putréfié, elle prête aux mêmes critiques.

La méthode de Galien reste donc la preuve par excellence de la vie extra-utérine ; elle possède un caractère de généralité et une rigueur que ne présentent pas les procédés préconisés dans ces dernières années.

III. **Persistance de l'hymen pendant la grossesse.** — Si les mots viol et attentat à la pudeur ont une signification nette en droit criminel, leur distinction est souvent fort difficile en médecine légale. Attentat à la pudeur en deçà de l'hymen, viol au-delà ! a-t-on dit bien à tort. Les observations de persistance de l'hymen pendant la grossesse montrent tout ce que cette manière de voir a d'arbitraire.

Rien n'est plus variable, en effet, que la forme et la consistance de l'hymen. Cette membrane peut exister intacte après un avortement ou un accouchement à terme, une rupture centrale du périnée ayant, dans certains cas, donné passage au fœtus : M. Destarac en rapporte deux exemples dans sa thèse inaugurale (Paris, 1890).

Puisque la défloration n'est pas caractéristique du viol, on devrait, conclut-il, admettre avec Taylor, Delens, Garimond, que les deux termes sont identiques au point de vue médical, appeler attentats à la pudeur tous les actes coupables commis sur l'un ou l'autre sexe en dehors de la sphère génitale de la femme, et réserver la dénomination de viol à toute violence, de quelque nature qu'elle soit, exercée sur les organes sexuels de la femme.

IV. **Recherches sur la nature et les causes de la rigidité cadavérique.** — Mlle Schipiloff vient de publier un important travail expérimental sur la question si controversée de la rigidité cadavérique (Genève, 1889).

D'après cet auteur, le phénomène de la rigidité peut, tout en restant uniforme dans sa nature, subir quelques variations dans la succession de ses diverses phases.

Si le muscle est encore excitable au moment où débute la rigidité, il se produit d'abord des phénomènes de contraction, suivis bientôt par des phénomènes chimiques. Si, au contraire, le muscle est inexcitable, la rigidité n'est plus qu'un phénomène chimique de précipitation. Ainsi ont pris naissance les théories vitaliste et chimique de la rigidité, et suivant les cas, il faut appliquer tantôt l'une, tantôt l'autre, quelquefois les deux ensemble. La première, tout en s'appliquant aux cas où la rigidité débute immédiatement après la mort, immobilisant ainsi le cadavre dans une attitude de statue, ne cadre pas avec tous les faits, et la seconde peut seule rendre compte du phénomène de la rigidité dans son complet développement.

La contraction musculaire est distincte et indépendante de la rigidité. La rigidité n'est pas un phénomène vital ; elle est d'ordre chimique, liée à l'apparition de l'acidité, processus initial, résultant d'une précipitation de la myosine sous l'influence de l'acide lactique développé dans les muscles.

Deux autres phénomènes concourent à la production de la rigidité cadavérique, l'un conditionnel : la contraction physiologique du muscle ; l'autre constant : le retrait du muscle et son raccourcissement, dû probablement à un effet de l'élasticité du muscle, et qui détermine la raideur des muscles rigides.

Dr Cénas,
Médecin de l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne

Digitized by Google

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

MÉDECINE

De la fièvre pseudo-intermittente d'origine hépatique, par M. W. Osler. — Ce mouvement fébrile s'observe dans la cirrhose et le cancer du foie où il a une médiocre valeur diagnostique (*John's Hopkins Hosp. Rep.* t. II, p. 3, n° 1.)

Dans les obstructions des voies biliaires, il a la forme intermittente et sa constatation aide beaucoup au diagnostic. Sa cause est une cholécystite catarrhale plutôt qu'une suppuration hépatique et peut être, de l'avis de l'auteur, le résultat d'une intoxication par des substances que des microbes secrètent.

Ce mouvement fébrile est durable, il peut persister pendant des mois et des années et assombrit le pronostic. M. Osler le considère comme un signe de grande valeur pour le diagnostic des calculs biliaires et comme une indication à hâter l'intervention chirurgicale. S. R.

De l'antagonisme entre la diphtérie et l'érysipèle, par M. le Dr Babtchinsky. — L'auteur fut conduit à des essais de cliniques par l'observation suivante. Son fils était atteint de diphtérie et paraissait au moment de succomber quand il contracta un érysipèle grave. Peu d'heures après, la diphtérie diminuait et il entrait en convalescence (*Journal d'hygiène de Saint-Pétersbourg*, février 1890)

Il s'est donc inspiré de ce fait pour inoculer l'érysipèle à quatorze diphtéritiques. Douze guérirent. Dans une autre série, six enfants de la même famille contractèrent la diphtérie. Cinq furent inoculés et guérirent; le sixième succomba. Il n'avait pas été inoculé. De plus, M. Babtchinsky a constaté que chez les sujets inoculés, les symptômes de la diphtérie deviennent moins graves. S. R.

Du suc gastrique et de l'estomac dans le diabète sucré, par M. Rosenstein. — L'auteur a étudié, chez des diabétiques, la composition et la valeur du suc gastrique, par l'analyse du liquide retiré de l'estomac après un repas dit d'épreuve. Il l'a filtré et soumis à l'action des réactifs usuels dans ces sortes de recherches.

Chez quatre de ses malades, la sécrétion stomacale s'est montrée normale, mais les six autres présentaient une diminution de l'acide chlorhydrique libre pendant un temps plus ou moins long. Cette altération passagère doit être mise sur le compte d'une névrose gastrique. (*Berl. Kl. Woch*, 1890, n° 13.)

Dans quelques cas on rencontre à la nécropsie, une atrophie étendue de la muqueuse de l'organe, consécutive à une gastrite atrophique, et dans ces cas, l'absence plus ou moins complète d'acide chlorhydrique libre est permanente.

La gravité du diabète ne dépend pas de la névrose gastrique, ni de l'absence du réflexe patellaire, mais bien de la quantité du sucre, de l'acétone et de l'acide diacétique.

On doit donc, chez les diabétiques, surveiller les échanges nutritifs, aussi bien pour ce qui regarde les albuminoïdes que la graisse et les amylacés.

M Edgar Gans, dans le numéro suivant du même journal, relate les résultats de ses recherches sur le même sujet. Comme Rosenstein, il a constaté de l'hypochlorhydrie, parfois à l'état normal, mais il a vu aussi l'hyperchlorhydrie. Pour lui le diagnostic paraît délicat entre l'état névrotique et une inflammation de l'estomac. H. G.

DERMATOLOGIE

Des rapports entre l'acné et les affections des fosses nasales, par M. C. Seiler. — Depuis longtemps, l'auteur a remarqué l'augmentation de l'acné pendant les coryza et sa disparition quand ceux-ci guérissent. (*Journal of. Amér. Méd. Assoc.*, 22 février 1890.)

L'acné punctata est très souvent associé à la rhinite hypertrophique et pour expliquer cette association, M. Seiler admet une irritation des glandes sébacées conduisant à l'acné par une voie réflexe, dont il place l'origine dans la congestion de la pituitaire. S. R.

De l'acné des tisseurs de lin, par M. Purdon. — Cette éruption acnéiforme a été observée sur les avant-bras, les épaules et accidentellement sur le visage des enfants employés dans les filatures de lin de Bedfort, (*Brit. Journal of. dermatology*, février 1890.)

La peau de ces régions était rouge, rude au toucher et couverte d'une éruption papulo-pustuleuse. Au centre de chaque pustule se trouvait un conduit glandulaire dont l'orifice était obstrué. Cette éruption se terminait par dessication des pustules et par desquamation.

M. Purdon en attribue l'origine, à l'irritation produite par l'huile minérale; cependant, il a remarqué la plus grande fréquence de cette éruption dans les fabriques où on fait usage du lin de Russie. S. R.

THÉRAPEUTIQUE

Des injections d'éther sulfurique dans les névralgies, par M. le Dr Kums. — Les névralgies traitées par cette médication étaient de nature rhumatismale (névralgie brachiale, torticolis, céphalalgie, odontalgie. (*Annales de la Société de médecine d'Anvers*, mars 1890, p. 31.)

M Kums emploie de préférence la liqueur anodyne d'Hoffmann, qui contient parties égales d'éther et d'alcool et qui est moins volatile que l'éther pur. La dose est d'un gramme, c'est-à-dire la capacité d'une seringue de Pravaz. On pratique l'injection au voisinage du foyer douloureux ou à son point d'irradiation.

Cette injection est douloureuse et suivie d'une tuméfaction passagère des téguments. Pendant plusieurs heures et même plusieurs jours, cette région reste anesthésiée. S. R.

De l'œdème aigu de la glotte d'origine iodique, par M. A. Grœnow. — Cette œdème, signalé par divers auteurs, est rare et s'observe parfois après l'ingestion de l'iodure de potassium, même aux faibles doses de 0,20 à 0,30 centigrammes, et débute quelquefois après l'administration de la première dose. Aucun autre symptôme d'œdème le précède parfois; on ne peut invoquer l'impureté du médicament, et on doit attribuer cet accident à l'idiosynersie du malade. (*Thérap. Monat.*, mars 1890)

Enfin, autre point intéressant, M. Grœnow démontre que l'œdème aigu du larynx peut survenir brusquement, dans le cours d'un traitement ioduré qui semblait bien toléré. C'est une éventualité contre laquelle on ne saurait trop se tenir en garde. S. B.

De quelques indications du salicylate de soude, par M. Stiller. — Il y a cinq ans que l'auteur emploie le salicylate de soude dans le traitement des calculs biliaires. Il l'administre à la dose d'un demi-gramme, et le véhicule dans une potion alcaline à laquelle il ajoute un centigramme de belladone. Cette dose est prise en quatre fois dans la journée. (*Thérap. Monat.*, mars 1890.)

On complète ce traitement par des applications de cataplasmes sur la région hépatique et l'emploi d'une alimentation liquide. M. Stiller considère le salicylate de soude comme un cholagogue. S. R.

Digitized by Google

REVUE DE PHARMACOLOGIE

Incompatibilités médicamenteuses

I. *Incompatibilité des teintures de Mars et de noix vomique* — II. *Incompatibilité du calomel et du bromure de potassium.*

I. **Incompatibilité de la teinture de Mars tartarisée et de la teinture de noix vomique.** — La formule suivante s'ordonne souvent :

Teinture de mars tartarisée. . . . . } aa q. s.
Teinture de noix vomique. . . . . }

M. Gramont a observé que pour le mélange on obtient séparation de deux liquides : l'un dense, tombant au fond du vase, l'autre plus foncé, surnageant au premier, fortement alcoolique et composé de teinture de noix vomique contenant du tartrate de fer (*L'Année médicale de Caen*, 15 Avril 1890, p. 93).

La deuxième couche est composée d'une solution *aqueuse* très concentrée des tartrates divers qui entrent dans la formule de la teinture de Mars tartarisée.

Il existe, de plus, à la surface de contact des deux liquides un dépôt analogue à celui qu'on obtient en étendant d'eau la teinture de noix vomique.

Il est évident que lorsqu'on mélange les deux substances, l'eau de la solution de tartrate de fer étend d'abord la teinture de noix vomique et donne le dépôt intermédiaire aux deux liquides, tandis que la solution de tartrate de fer se concentre et se sépare sous forme d'un liquide épais non miscible.

Le médicament peut donc être délivré de deux façons différentes ; ou bien on laisse déposer le produit et on ne délivre que la partie supérieure claire, c'est-à-dire la teinture de noix vomique, ou bien on mélange rapidement et on délivre au malade une sorte de substance boueuse se séparant du reste d'elle-même, et dans les deux cas, il arrive donc que le malade absorbe une dose de teinture de noix vomique double de celle prescrite.

II. **Incompatibilité du calomel et du bromure de potassium.** — M. Mouflier remarque que l'on formule parfois la pommade suivante :

Glycérolé d'amidon.	45 grammes.
Bromure de potassium. . . .	4 —
Calomel.	2 —

La pommade, obtenue par l'exécution de cette formule, au lieu d'être blanche, comme on pourrait le penser en ne considérant que l'aspect physique des corps qui la constituent, prend assez rapidement une coloration grisâtre. Cette coloration est due aux réactions qui s'opèrent entre les deux sels dès qu'ils sont mis en contact ; le glycérolé d'amidon ne détermine pas dans les conditions de l'expérience, la décomposition du calomel (*Union médicale du Nord-Est*, mai 1890, p. 195).

En effet, le calomel présente une tendance marquée à se dédoubler en bichlorure de mercure et mercure métallique sous l'influence de la lumière et ce dédoublement est encore beaucoup plus rapide en présence de certains corps, tels que les chlorures et bromures alcalins. Dans le cas qui nous occupe, le calomel, se trouvant en présence du bromure de potassium, s'est dédoublé en partie en bichlorure de mercure et en mercure métallique qui a donné à la préparation une coloration analogue à celle de la pommade mercurielle simple.

D'autre part, la seconde réaction indiquée plus haut s'est produite également, car le bromure de potassium ayant une réaction alcaline, les traces d'alcali libre ont réagi sur le calomel pour donner naissance à l'oxyde mercurique et au mercure métallique. M.

REVUE DES LIVRES

De la mobilisation de l'étrier, par M. le Dr C. Miot (Paris 1890, O. Doin).

L'ankylose de l'étrier est une cause fréquente de surdité contre laquelle la mobilisation procure des résultats durables en faisant souvent disparaître les bourdonnements d'oreille et en rétablissant l'audition. Voici d'après l'auteur distingué de ce travail quels sont les cas les plus favorables.

1° Les surdités survenues à la suite d'une otite moyenne purulente, avec perforation persistante du tympan, non améliorées par le tympan artificiel (1re classe, 1er et 2e genres) ; 28 bons résultats sur 36 oreilles opérées ;

2° Les surdités avec tympan non ou peu épaissi, non paradoxales, intégrité ou diminution de perception cranienne à la montre, avec bourdonnements (2e classe, 1er genre, 1re et 2e espèces, 1re variété) ; 14 bons résultats sur 32 oreilles opérées) ;

3° Les surdités de la même classe, paradoxales avec diminution de la perception cranienne et bourdonnements avec ou sans étourdissements (2e classe, 2e genre, 1re espèce, 1re et 2e variétés) ; 18 succès sur 24 opérations.

En résumé, sur 126 oreilles opérées rentrant dans les indications, on a obtenu 71 résultats favorables.

On le voit, la conclusion de M. Miot est légitimée par des chiffres. On ne saurait trop volontiers en faire remarquer la parfaite sincérité. Ch. Eloy.

Note pour servir à l'histoire de l'Alios, par M. le Dr J. Lalesques, Bordeaux 1890, G. Gounouilhou).

La question de l'alios passionne depuis longtemps les géologues et les hygiénistes de la région des Landes.

Ce sous-sol, tantôt dur, tantôt friable, est-il perméable ou ne l'est-il point? Les uns l'affirment, d'autres le nient et, suivant l'opinion qu'ils professent, déclaren tsalubres ou insalubres certaines régions des Landes.

Notre estimé confrère d'Arcachon, M. J. Lalesque, a aussi son opinion. De plus, autre vertu plus rare, il la motive fortement. La brochure a donc une grande importance et son avis, si nettement motivé, déterminera des convictions. Bref! *Experto credo Roberto* et si vous avez à prendre parti pour ou contre l'alios, croyez-moi, confrères, lisez cette brochure ; elle conclut en faveur de la perméabilité de l'alios et elle vous donnera l'occasion d'apprécier et d'estimer une fois de plus les mérites de son auteur distingué. Ch. Eloy.

De l'action des bains de Neris sur la nutrition, par M. le Dr Gaston Morice (Clermont, 1890, Daix).

Notre confrère aime les argumentations précises : il ne dédaigne pas la chimie; conséquemment, il pratique volontiers l'analyse des urines. C'est ainsi, que dans cette brochure, il fait connaître l'action fort intéressante des eaux de Néris, en bains, douches et boissons, sur les éléments de l'urine.

On connaît l'importance que, durant ces derniers temps, on a donné avec M. Bouchard et d'autres à *l'exagération de l'acidité normale de l'urine* ou à son *alcalinisation* comme signes de

Digitized by Google

maladies par ralentissement de la nutrition. C'est à ce point de vue que M. G. Morice se place et démontre que sous l'influence de la cure nérisienne, l'équilibre entre la désassimilation et l'assimilation se rétablit. C'est ainsi que cette thérapeutique à double action, convient aux nervins comme aux arthritiques, aux excités comme aux déprimés.

Le travail si clinique et si précis de M. G. Morice permet donc d'interpréter les succès en apparence si divers des eaux de Néris. Nous l'en félicitons volontiers, mais avec la plupart de nos confrères, nous regrettons qu'une administration plus habile et plus prévoyante ne s'efforce pas de mieux faire connaître les mérites de cette station hydro-minérale. On se plaint de la concurrence des stations étrangères, en vérité nos administrations thermales, ne s'efforcent pas assez de lutter contre elle. CH. ELOY.

Hygiène de l'oreille, par M. le Dr HAMON DU FOUGERAY (Paris. Lecrosnier et Babé 1890).

Ce petit livre est destiné à l'usage des jeunes gens des lycées et collèges; on pourrait avec avantage le mettre entre les mains des jeunes mères, car il contient des notions pratiques sur les soins de propreté à employer non seulement chez les adultes, mais aussi chez les nouveau-nés. Un premier chapitre montre avec figures explicatives très claires, les rapports existant entre l'arrière-gorge et l'oreille moyenne, rapports si utiles à connaître pour bien comprendre la surdité et certaines otites consécutives aux angines. Ces notions sont en général très ignorées du public; les traités d'histoire naturelle mis entre les mains des élèves des écoles ne les mentionnent que peu ou point. Le livre de M. Hamon du Fougeray vient très heureusement combler cette lacune. H. M.

Leçons pratiques sur les maladies des voies urinaires, par le Dr LAVAUX. 1er vol. (Paris, Steinhel, 1890).

Dans ce volume, l'auteur étudie l'anatomie, la physiologie de l'urèthre et de la vessie, et les maladies de l'urèthre. M. Lavaux ne s'est pas contenté de suivre les sentiers classiques; quelques chapitres de son livre, absolument originaux, s'éloignent sensiblement des doctrines enseignées à l'école. Jusqu'ici, on admettait que le sphincter utéral était infranchissable par les liquides injectés sans sonde et à plein canal. Après de minutieuses expériences, M. Lavaux est parvenu à mesurer la résistance de ce sphincter et à démontrer qu'il était directement franchissable par des liquides sous une pression qu'il a soigneusement calculée. Cette opération, qui se fait aisément en employant les instruments fort simples permet de laver les deux portions de l'urèthre et la vessie. L'auteur en déduit toute une méthode de traitement pour les urétrites, les cystites, l'antisepsie des voies urinaires. Plusieurs chapitres fort importants sont consacrés à la thérapeutique des rétrécissements de l'urèthre, de l'infiltration d'urine, des fistules urinaires.

H. MARCIGUE.

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution au traitement de la blennorrhagie

par le Dr E. ORY

Ancien interne des hôpitaux de Paris

En juillet 1888, M. Ducastel a publié dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, un article sur les effets salutaires des injections de resorcine dans la blénnorrhagie chez l'homme.

M'inspirant de ce travail, j'ai depuis traité, avec un succès plus ou moins rapide toutes les blénnorrhagies que les hasards de la clientèle ont présentées à mon examen (1).

Je choisirai, dans ces cas, trois observations qui présentent de l'intérêt à des titres divers.

OBS. I. — M. D... vint à ma consultation en juillet 1888, au moment même où je terminais la lecture de l'article du Dr Ducastel, il avait un écoulement uréthral verdâtre, avec cuisson dans la région pénienne, douleur violente en urinant, etc., pas d'orchite, pas de prostatite. Il avait reconnu son écoulement depuis deux jours. J'eus l'idée d'essayer sur lui le traitement conseillé par M. Ducastel et je prescrivis trois fois par jour une injection uréthrale faite avec une solution de résorcine, trois grammes pour 200 grammes d'eau distillée. Je revis Mr D. . deux jours après, il était émerveillé, car après quarante-huit heures, c'est-à-dire après six injections, l'écoulement était réduit à une simple gouttelette de mucus, perceptible seulement lorsqu'on comprimait l'urèthre au niveau du gland. Malgré mes conseils il cessa aussitôt tout traitement, et reprit sa vie habituelle, si bien que le 27 juillet l'écoulement était de nouveau abondant et purulant. Il se soigna dès lors avec régularité et six jours après il était absolument guéri sans rechute consécutive.

OBS. II. — Elle a trait à une jeune femme, Mlle X..., maîtresse de D..., et cause de sa maladie.

Le 18 juillet, M. D. . me l'avait amenée chez moi. Elle avait été violentée vingt jours auparavant par un ami de M. D..., lequel ami était atteint de blénnorrhagie, depuis 10 jours environ, elle éprouvait de la cuisson en urinant, et perdait abondamment, tout rapprochement sexuel était dès lors très douloureux. Mlle X..., à la suite de cette violence, avait donc contracté une vaginite qui, non traitée depuis dix jours, causait un écoulement verdâtre très fétide.

Je lui fis pratiquer de grandes injections vaginales avec une solution d'acide borique à 2 0/0, 3 fois par jours, et immédiatement après, je lui prescrivis de maintenir dans le vagin un gros tampon d'ouate hydrophile bien imbibée de la solution de résorcine.

Ce traitement fut bien supporté ; il causa seulement, disait la malade, une légère sensation de brûlure dans le vagin. Le troisième jour l'écoulement vaginal était très peu abondant, le liquide avait perdu sa mauvaise odeur, et de verdâtre, était devenu presque blanc et peu épais.

Après huit jours, amélioration très manifeste. Alors je fis faire des petites injections vaginales de solution de résorcine au moyen d'une petite seringue, tout en continuant l'usage du tampon, et six jours plus tard la vaginite était entièrement guérie.

Mlle X... était donc guérie de sa vaginite blennorrhagique après moins de quatorze jours de traitement.

OBS. III. — Le troisième cas est encore plus probant. Un jeune collégien, âgé de 18 ans, grand et fort, contracta en février 1890 une *blennorrhagie*. Il vint me consulter le 12 février, ayant remarqué depuis deux jours qu'il avait un écoulement uréthral s'accompagnant de douleurs très vives pour uriner et d'érections fréquentes et douloureuses; il se plaignait en outre de douleurs dans le pli de l'aine. Je reconnus en ce point l'existence d'un ganglion tuméfié.

Je soumis ce collégien au traitement par la solution de résorcine, 3 grammes pour 200, 4 injections chaque jour. Mais il ne commença à se soigner que deux jours après, n'ayant su faire lui-même ces injections. Le 14 février, je lui fis moi-même la première injection, et, à partir de ce moment, il exécuta scrupuleusement mes prescriptions. Cinq jours plus tard, je constatais que le canal était presque sain. Il m'accusait lui-même que dès le second jour, l'écoulement s'était décoloré, et qu'il avait rapidement diminué d'abondance. Enfin, le 28 février, l'examen le plus attentif me permettait de le déclarer guéri.

La blennorrhagie avait donc cédé, après huit jours de traitement, par les injections de résorcine à 1 1/2 pour 100.

Je me bornerai à cette simple conclusion :

Il s'agit d'un traitement rapide, indolore et de plus

(1) *Société médico-pratique*, 14 avril 1890.

Digitized by Google

sans danger. Tels sont les trois faits que je tenais à soumettre à votre observation, comme étant la confirmation des travaux de M. Ducastel en 1888. J'ajouterai d'ailleurs que, de son côté, M. Leblond, médecin à Saint-Lazare, a depuis publié un travail intéressant sur les propriétés désinfectantes de la résorcine dans d'autres maladies.

Il y a donc intérêt à vulgariser de tels faits, et c'est ce qui m'a déterminé à communiquer ces observations.

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

Coma et accès pernicieux paludéen

Vierzon, 23 mai 1890.

Le cas d'*accès paludéen pernicieux avec congestion rénale* qui a été observé dans le service de M. Bondet (de Lyon) (1), me paraît susceptible d'une autre interprétation que celle qui en a été donnée par cet excellent confrère et ami. Il me semble que le coma a été loin d'être causé par l'interruption de la sécrétion rénale.

Un homme a été impaludé depuis quatre ans, et pendant son séjour en Algérie, il a eu deux fois des accès intermittents *affectant le type tierce* et justiciables de la quinine.

Il n'y a donc pas à douter de la nature de la fièvre prise en Afrique et guérie par la quinine.

Au mois d'avril 1890 cet homme, à la suite d'excès de boissons, est pris de fièvre, avec frisson, chaleur et sueur; ces accès se renouvellent quotidiennement trois jours de suite; puis au troisième accès il est envahi par une grande faiblesse, il perd connaissance et tombe dans le coma.

Il entre à l'hôpital, et *on administre la quinine*, que le malade peut prendre probablement malgré son état comateux.

L'examen du malade est fait avec le plus grand soin et cet examen ne révèle absolument rien qui puisse éclairer; l'examen bactériologique du sang lui-même est négatif, on ne reconnaît *ni flagelles, ni corpuscules de Laveran*. Ce que l'on essaie d'expliquer en disant que la quinine avait déjà été administrée? Or, je crois qu'il est pour ainsi dire impossible, dans les accès de fièvre intermittente simples, de reconnaître dans le sang aucun corps flagellé après deux premiers accès. Ces corps n'apparaissent, quand on peut les voir, que lorsque la fièvre a eu le temps de produire dans le sang des altérations spécifiques, c'est-à-dire qu'après le troisième ou quatrième accès et même lorsque le sujet a absorbé de la quinine. Dans les fièvres pernicieuses, ces recherches sont beaucoup plus difficiles, le malade succombant infailliblement après le troisième accès, s'il n'a pas été secouru à temps. Comment interpréter le coma? Est-il alcoolique, urémique, ou tient-il la perniciosité?

Dans le cas dont il s'agit, il ne peut être question d'alcoolisme, car le coma n'a été précédé ni d'agitation ni de délire. Le coma urémique ne peut être invoqué non plus, car il n'y avait aucune trace de lésion des reins et de ses annexes, par conséquent aucune nephrite brigthique ou autre; reste donc l'arrêt, ou la suppression momentanée de l'écoulement des urines pour expliquer le coma par une sorte d'autointoxication, disparaissant au déclin de la fièvre, par une sorte de décharge éliminant des microbes et de leurs produits toxiques.

Pendant ma carrière médicale déjà longue, il m'a été donné d'observer, au contraire, que, dans les accès d'impaludisme, c'est le plus souvent pendant le premier stade de la fièvre, alors que le frisson et le refroidissement sont dans toute leur force, que la fonction rénale et diurétique atteint son maximum d'activité. Au contraire, c'est au troisième stade, lorsque la détente survient, que les fonctions sudorales et diaphorétiques apparaissent avec le plus d'intensité, en faisant presque éteindre la diurèse. Ces deux fonctions éliminatrices ne peuvent, en effet, marcher de pair, toutes deux se faisant équilibre.

(1) Voir n° 19, 7 mai 1890.

Chez le malade de M. Bondet, ce qui est le plus caractéristique, c'est l'impaludisme se manifestant par des accès quotidiens qui sont comme un écho des accès ressentis en Algérie; quant au coma, il était bien le symptôme précurseur d'une perniciosité qui allait grandir et se développer, si elle n'avait été arrêtée dans sa marche par l'administration de la quinine; il ne faut pas interpréter son apparition par la diminution momentanée ou accidentelle de la sécrétion rénale.

L'urine, retenue accidentellement et pendant trop longtemps dans l'un ou l'autre de ses réservoirs, peut déterminer bien souvent, ainsi qu'on l'a vu, des accidents d'autointoxication donnant lieu à des symptômes de pseudo-perniciosité. Ici, il faut chercher ailleurs la cause de ce coma. Sans aller trop loin, il me semble être tout simplement dans les troubles qui ont frappé les vaso-moteurs sous l'influence de l'impaludisme, bien qu'on n'ait trouvé ni dans le sang ni dans les urines aucune trace de bactéries.

Je possède des observations par lesquelles je pense démontrer qu'il n'est pas de fonctions ni d'organes plus impressionnables que ceux qui se rattachent à la diurèse, pour déterminer, lorsqu'ils viennent à être troublés profondément par une cause organique ou autre, non seulement des fièvres pseudo-paludiques à type intermittent les mieux marquées, mais surtout et encore des accès de pseudo-perniciosité avec état comateux.

Dr Edouard Burdel,
Associé national de l'Académie de médecine.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

I. **Le traitement de la blennorrhagie par les injections de lanoline.** — Ce traitement, préconisé par Stern consiste à utiliser l'action antiphlogistique de la lanoline et à l'associer, au besoin, avec celle de médicaments antiseptiques ou astringents.

1° Dans la *période aiguë* de la maladie, on prescrira des injonctions ainsi formulées :

Lanoline anhydre	20 grammes
Huile d'amandes douces	60 —

2° Dans la *période de déclin*, après huit ou dix jours, quand l'inflammation est moins vive, on injecte dans l'urèthre une solution de lanoline antiseptique.

Lanoline anhydre	20 grammes
Huile d'amandes douces	60 —
Acide salicylique	0,20 centigr.

Plus tard, enfin, on prescrit des injections aqueuses antiseptiques, en particulier celles de la solution résorcinée :

Résorcine	1 grammes
Eau	99 —

II. **Préparations dentifrices antiseptiques.** — Le salol et la résorcine ont été recommandées par M. Vigier. On peut les prescrire sous la forme d'élixir ou de poudre.

1° *Elixir dentifrice antiseptique.* C'est une solution de salol et de résorcine dans un élixir :

Résorcine	ãã 2 grammes
Salol	
Elixir dentifrice	100 —

2° *Poudre dentifrice antiseptique.* On l'obtient par le mélange suivant :

Résorcine	2 grammes
Salol	4 —
Iris pulvérisé	40 —
Carbonate de chaux pulvérisé	8 —
Carmin n° 40	0,30 centigr.
Essence de menthe	X gouttes

Digitized by Google

On peut encore employer la poudre suivante :

Charbon pulvérisé	10 grammes
Quinquina gris pulvérisé	} ãã 5 —
Magnésie	
Résorcine	} ãã 1 —
Salol	
Essence de menthe	V gouttes

M. s. a. et porphyriser.

III. **Un traitement de la constipation par le soufre.** — La formule qu'adopte Garrod est la suivante :

Soufre sublimé et lavé	0,25 centigr.
Crême de tartre	0,05 —
Sucre	q s.

F. s. a. pour une pastille.

Dose quotidienne : une pastille le soir et, s'il y a lieu, une le matin, l'autre le soir.

L'addition de crême de tartre rend la saveur du soufre moins désagréable.

S. R.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES
DE L'ÉTRANGER

Allemagne : Société de Médecine interne de Berlin (5 Mai 1890). I. *De la valeur thérapeutique de la suspension.* — **Brésil** : Société de Médecine et de Chirurgie de Rio-de-Janeiro (Avril 1890). II. *De l'iodoforme contre les hémoptysies.* — **Etats-Unis d'Amérique** : Académie de Médecine de New-York (3 Avril 1890). III. *De l'inefficacité du traitement de la phtisie par l'air chaud.* — **Suisse** : Société Médicale de Genève (12 Avril 1890). IV. *Anesthésie par l'emploi combiné de la cocaïne et de la bande d'Esmarch.* — **Turquie** : Société de Médecine de Salonique (27 Février 1890). V. *De l'administration de la phénacétine aux rhumatisants.*

I. **De la valeur thérapeutique de la suspension.** — On revient partout en ce moment à une opinion plus exacte sur la valeur de cette médication. On reconnait son impuissance à modifier le processus du tabès, comme M. Charcot le déclarait au début ; mais aussi on admet, en Allemagne comme ailleurs, que, s'il est attentivement surveillé, ce traitement rend des services contre les symptômes de la maladie. Remak, Leyden et d'autres le pensent ainsi.

A ce point de vue, il n'est pas sans intérêt de reproduire les résultats que M. Guttmann a obtenus par cette médication dans son service de l'hôpital de Moabit.

Il en a fait usage dans 22 cas se décomposant ainsi : 10 de tabès, 3 de myélite, 7 de sciatique et de 2 de syphose et de scoliose. La moitié des tabétiques et tous les myélitiques furent assez améliorés pour reprendre l'usage de leurs membres et leur profession. La suspension diminua les douleurs des individus atteints de sciatique et du cyphotique, mais ne modifia point celle du scoliosique. Ajoutons que ces résultats ont été obtenus en procédant selon la méthode employée par M. Charcot.

1° Les séances durèrent de trente secondes à cinq minutes en augmentant progressivement cette durée ;

2° Le nombre des séances fut de vingt à soixante pour chaque malade ;

3° On les surveillait très soigneusement pendant la durée de chacune d'elles.

En résumé : point d'accidents, des améliorations notables ; tels sont les résultats obtenus par M. Guttmann. Ils sont encourageants, mais ne suffisent pas pour lever tous les doutes sur la valeur d'une médication encore trop peu expérimentée.

II. **De l'iodoforme contre les hémoptysies.** — On se rappelle les recommandations chaleureuses dont cette médication a été l'objet. MM. Chauvin et Jorisenne (1) l'essayèrent parfois avec succès contre les hémoptysies des diverses périodes de la phtisie pulmonaire. Sa renommée passa l'Atlantique et inspira à notre distingué confrère M. Cardoso Ponte l'idée de vérifier son efficacité par des essais cliniques dont il vient de communiquer les résultats à ses collègues de la Société de médecine de Rio-de-Janeiro.

Il prescrivait des pilules ainsi formulées :

Iodoforme	} ãã 0,10 centigrammes.
Tanin	

F. s. a. pour une pilule.

Le malade ingérait chaque jour trois ou quatre de ces pilules et dans les cas favorables obtenait après deux ou trois jours la cessation de l'expectoration sanglante.

Cinq fois, dans une série de six cas, ce résultat fut obtenu ; dans ce sixième, le résultat fut négatif. M. Cardoso Ponte reconnait l'utilité de ce traitement. Il peut rendre des services : il en rend parfois. On ne saurait contester, en effet, les vertus antiseptiques de l'iodoforme ; mais il resterait à constater si l'action hémostatique n'appartiendrait pas plutôt au tanin ?

III. **De l'inefficacité du traitement de la phtisie par l'air chaud.** — Au moment où la médication de la tuberculose pulmonaire par l'air surchauffé est bruyamment préconisée en Europe, M. Gilman Thompson (de New-York) proteste vivement contre les prétendus succès procurés par ce traitement. Et cependant, on ne l'ignore pas, les Etats-Unis sont le berceau de ce système thérapeutique ! On n'est donc jamais prophète en son pays, pas même en Amérique.

Le principe de cette méthode thérapeutique consiste dans l'action microbicide de la chaleur sur le bacille de la tuberculose, action démontrée par Koch. Ce principe est vrai ; reste à savoir si pratiquement on peut l'utiliser. Les expériences de M. Gillmann démontrent le contraire et prouvent que l'air surchauffé n'arrive pas dans les voies respiratoires avec une température suffisamment élevée pour en modifier sensiblement la température moyenne. En voici d'ailleurs les conclusions : elles sont instructives et de nature à faire mesurer la valeur du traitement.

1° L'inhalation continue de l'air surchauffé à 200 et même 300 degrés Fahrenheit, n'a pu modifier la température du poumon, quand bien même on la continuait durant une heure et plus ;

2° Dans d'autres expériences, où on pratiquait cette inhalation pendant un temps plus considérable, on a bien observé une élévation thermique de 2 à 4 degrés Fahrenheit ; mais ces variations étaient dues à d'autres causes que la pénétration de l'air chaud dans les alvéoles ;

3° Pendant ce temps, c'est à peine si on constatait dans la trachée une élévation thermique de 4 à 6 degrés Fahrenheit.

D'autre part, M. Gillmann a constaté que les inhalations d'air froid n'abaissent point la température dans les voies aériennes. Ce sont là, d'ailleurs, des résultats conformes aux lois de la physique et aux faits physiologiques établis ; de sorte qu'une médication systématique de la phtisie serait une hérésie physiologique, si elle n'était, d'autre part, les faits cliniques le prouvent, une erreur thérapeutique. On le voit, aux Etats-Unis, on est sévère pour cette médication qui semble déjà avoir fait son temps dans l'opinion médicale. Ce sont des remarques, je pense, fort opportunes à retenir.

IV. **Anesthésie par l'emploi combiné de la cocaïne et de la bande d'Esmarch.** — On sait d'une part que les accidents causés par la cocaïne employée comme agent d'anesthésie chirurgicale sont dus, on le pense, généralement, à une absorption de cette substance plus rapide que son élimination. D'autre part, Rob-

(1) Voir : *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1888.

Digitized by Google

son et Corning ont montré que la bande d'Esmarch peut prolonger l'action anesthésique en retardant la résorption de la cocaine. M. Kummer s'est inspiré de ces notions physiologiques et a imaginé le procédé suivant d'anesthésie locale.

Il place la bande élastique d'Esmarch; puis injecte une solution cocaïnique au centième autour du champ opératoire isolé par l'application de cette bande. Rien de plus simple, on le voit, à condition que le champ opératoire soit susceptible de recevoir le bandage élastique.

M. Kummer a employé cinquante fois ce procédé pour des panaris, des verrues, l'ongle incarné, des exostoses unguéales, l'élongation du nerf médian, etc., etc., sans pouvoir observer aucun phénomène d'empoisonnement.

La dose de cocaine maxima ne doit pas dépasser 0,05 centigrammes pour un adulte, et 0,005 milligrammes à 0,01 centigrammes pour les enfants de dix ans.

S'agit-il d'injections perdues sur un champ opératoire où l'application de la bande d'Esmorch est impossible? On réduira la dose à 1 centigramme pour l'adulte et plus encore pour l'enfant. De plus, après M. Buscalet, on doit répéter que les injections perdues sont d'autant plus redoutables que la perte de sang pendant l'opération est moins considérable.

En résumé: M. Kummer a confirmé par des essais cliniques et des expériences physiologiques des faits qui n'étaient pas tout à fait ignorés Néanmoins, on peut dire que la technique de l'anesthésie chirurgicale par la cocaine attend encore son législateur.

K. D.

V. **De l'administration de la phénacétine aux rhumatisants.** — Cette substance aurait tous les avantages de l'antipyrine et n'en posséderait pas les inconvénients. Pour ce motif, un des médecins les plus distingués de Salonique, M. Rifat, propose de l'employer contre le rhumatisme d'après la méthode suivante.

En raison de sa faible toxicité, le médicament est ingéré à doses croissantes. On commence par trois prises quotidiennes de un gramme chacune, et on augmente tous les jours cette dose de 1 gramme par prise, jusqu'à la dose totale de cinq à six grammes dans les formes aiguës et même de huit grammes dans les formes chroniques rebelles.

Pour augmenter la dose, on tient compte non seulement de la tolérance du malade, mais bien aussi de l'alternance de la douleur et de la gêne articulaire.

La dose maxima est continuée durant trois jours au moins et pendant une semaine au plus. Puis on la diminue graduellement pour revenir à la quantité quotidienne de trois grammes.

M. Rifat a traité par cette méthode seize cas de rhumatisme; la durée moyenne du traitement a été de dix-sept à vingt et un jours et par conséquent moindre que celle du traitement par l'antipyrine ou les salicylates.

La phenacetine n'est pas exempte d'inconvénients. M. Rifat ne les redoute point.

On a parlé de sueurs profuses? Quand elles existent, dit-il, elles ne sont pas une contre-indication à l'usage du médicament. On a parlé de cyanose? M. Rifat ne l'a jamais observée. On a parlé d'accidents urémiques? Il est vrai qu'une fois, il en a été le témoin; mais la malade était une femme à la fois rhumatisante et artério-sclérouse.

Ce n'est pas tout; la phénacétine, d'après notre savant confrère, rend encore des services contre le rhumatisme blennorrhagique, c'est-à dire qu'il en recommande l'emploi contre toutes les formes du rhumatisme, et qu'à son avis, la phénacétine occupe un rang élevé, peut-être le premier, dans la série des médicaments du rhumatisme. Cet avis, en bonne équité, il faut le rappeler, n'est pas celui de la majorité des praticiens des autres pays.

K. D.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 14 avril 1890

Présidence de M. le Dr Michel-Dansac

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend : 1° les mémoires de la Société de médecine de Strasbourg; 2° un livre sur la littérature latine et l'histoire du moyen âge; 3° la Revue illustrée de polytechnique médicale; 4° les Annales des maladies génito-urinaires.

M. Duchesne fait un rapport sur la candidature de M. Deseille (de Boulogne-sur-Mer)

M. Ory fait une communication sur le **traitement de la blennorrhagie par la résorcine.** (Voir : page 354).

M. Desnos.— Les faits de M. Ory sont tout à fait confirmatifs de ceux que j'ai observés. Mais je n'ai observé de guérison rapide que dans 20 cas sur 100 à peu près. J'emploie une solution de 3 à 4 0/0. Quant à la technique des injections, je crois bon de faire plusieurs injections à canal ouvert.

M. Ory — J'ai l'habitude de faire uriner le malade avant l'injection, ce qui constitue une sorte de lavage.

M. Vauchelet a employé la résorcine sans succès chez un malade qui en était à sa cinquième blennorrhagie. Le salol au contraire lui a bien réussi.

M. Schwartz confirme ce qu'a dit M. Desnos; il a employé constamment la résorcine à 3 0/0, et a observé qu'elle était bien tolérée et donnait de bons résultats. Il a employé aussi le salol à l'intérieur à la dose de 3 à 5 grammes; et avec de bons résultats.

M. Paul Blocq rappelle que les résultats dont il est question sont consignés dans une thèse faite à l'hôpital du Midi, de 1886, par M. le Dr Crivelli, qui a étudié l'action comparée des derniers traitements de la blennorrhagie et a conclu à la supériorité de la résorcine.

M. Cazenave de la Roche adresse une note sur des **accidents cérébraux chez les diabétiques.**

M. Paul Blocq estime qu'il y a beaucoup d'objections à formuler contre cette communication et quelques membres de la Société partagent cette opinion.

Election. — M. Deseille est élu membre correspondant.

Le Secrétaire : P. Blocq.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 mai 1890

Présidence de M. le Dr Terrier

Traitement du cancer du rectum par l'extirpation totale. — M. Routier fait un rapport sur une observation de M. Poisson (de Nantes), ayant trait à un vieillard de soixante-dix ans atteint de cancer du rectum et opéré par la méthode de Kraské. Le malade succomba peu de temps après l'opération. On sait que cette méthode consiste à enlever le néoplasme par la voie sacrée après résection totale du coccyx et partielle du sacrum et à conserver le sphincter anal, de sorte que l'on peut suturer les deux bouts de l'intestin et qu'il n'existe pas d'incontinence consécutive des matières fécales.

M. Verneuil. — Les extirpations du rectum, accompagnées d'opération préliminaire telle que la résection du coccyx et d'une partie du sacrum, sont contreindiquées chez les vieillards qui résistent mal à un choc opératoire aussi considérable. On doit avoir pour but de leur apporter un soulagement, cette indication est remplie par l'établissement d'un anus iliaque, opération palliative d'une innocuité complète. Pendant le cours de l'opération de Kraské, très souvent le chirurgien ouvre le péri-

Digitized by Google

toine, elle ne met pas à l'abri des récidives, car il y a des cas où on ne peut enlever le néoplasme en totalité ; sa mortalité est considérable, près de 22 0/0 des opérés succombent. Pour ces raisons, M. Verneuil n'est pas partisan de cette méthode.

M. Quenu a exécuté une fois l'opération de Kraské sur un malade de cinquante-cinq ans, atteint de cancer rectal situé très haut. Après avoir enlevé le coccyx et une grande partie du sacrum et mis à découvert le néoplasme, il le décolla facilement de la prostate et de la vessie, mais il eut beaucoup de peine à en atteindre la partie supérieure, à cause de la résistance du mesorectum qui s'opposait à l'abaissement. Il enleva le cancer en totalité, mais comme une longue portion de l'intestin avait été réséquée, il ne put en suturer les deux bouts et établit un anus sacré. Pendant ces manœuvres le péritoine avait été ouvert et fermé par des sutures, les succès de la méthode antiseptique permettent de considérer cet incident comme peu grave. Néanmoins, l'opéré succomba au bout de peu de temps, sans avoir présenté de réaction inflammatoire, ni de symptômes de péritonite.

M. Schwartz a pratiqué la même opération chez un homme de 57 ans, présentant un cancer annulaire, situé à quatre centimètres au-dessus de l'anus, accessible au doigt dans toute son étendue et mobilisable. Après avoir fait une incision en U sur la région sacrée et enlevé le coccyx et la partie inférieure du sacrum, il tomba sur le rectum, libre d'adhérences avec la prostate et les vésicules séminales. Le néoplasme fut sectionné au-dessus et au-dessous de ses limites. Le bout inférieur n'avait plus que trois centimètres, ce qui rendit difficile la suture des deux bouts de l'intestin. La plaie postérieure fut laissée ouverte, afin de pouvoir surveiller les jours suivants l'état du rectum. L'opération avait duré une heure un quart, la perte de sang fût modérée. Cette opération avait été précédée pendant trois semaines d'une désinfection préalable de l'intestin et des matières, à l'aide de purgatifs répétés, du naphtol et du régime lacté.

Cette désinfection avait été laborieuse et incomplète. En effet, le malade eut une énorme débâcle le quatrième jour, les sutures furent rompues, les matières se répandirent dans le petit bassin, et le malade mourut de septicémie le sixième jour.

Dans un deuxième cas de cancer rectal chez une femme, dont on atteignait difficilement la limite supérieure, M. Schwartz fit au préalable un anus iliaque, et pendant cette opération constata que la tumeur, mobile en bas, était fixée en haut au promontoire. La cure radicale était donc formellement contre-indiquée. Cette malade a été très soulagée par cette intervention et se trouve aujourd'hui dans un état aussi satisfaisant que possible.

M. Gerard Marchand déclare avoir pratiqué deux fois avec succès l'opération de Kraské.

M. Terrier a opéré en décembre dernier par la même méthode un vieillard de 60 ans environ. Il avait pratiqué avec le plus grand soin la désinfection de l'intestin à l'aide du naphtol. Cette opération a été suivie d'un succès complet, le grand avantage est d'avoir un champ opératoire très large, et de conserver le sphincter.

Luxation irréductible de la hanche. — M. Ricard lit une observation de luxation ancienne et irréductible de la hanche, chez un jeune homme, guérie par la résection de la tête fémorale et la réintégration du col dans la cavité cotyloïde débarrassée de ses productions fibreuses. Le malade marche facilement : le membre inférieur est dans une attitude parfaite, il existe une nearlhrose coxo-fémorale solide ; le raccourcissement est de quatre centimètres.

M. Routier lit un rapport sur une observation envoyée par M. Chénieux (de Limoges), intitulée : Tumeur volumineuse de la région fessière droite, constituée par une hernie de l'ovaire droit kystique et de la trompe, chez une femme de 40 ans. Résection des organes herniés. Guérison.

Dr H. Marciguey.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 mai 1889

Présidence de M. le Dr Dumontpallier

Atrophie musculaire dans l'hystérie. — M. Feréol rappelle qu'il a été l'un des premiers à signaler, il y a cinq années, l'atrophie musculaire dans les paralysies hystériques. Le malade qui fait l'objet de cette communication est un homme de vingt-huit ans environ, fils d'un père tuberculeux, sans avoir présenté lui-même de signes de tuberculose, ayant été atteint d'incontinence nocturne d'urine jusqu'à quinze ans. Très émotif, à la suite de revers de fortune, il s'est lancé dans l'alcoolisme à outrance ; en 1887 et 1888, il a eu des crises épileptiformes d'origine éthylique, des vertiges qui l'empêchaient de marcher. Dans ces derniers temps, il a été pris d'une paresse du membre supérieur droit, avec amaigrissement de l'épaule et du bras. Dans le service de M. Feréol, il a présenté de grandes attaques d'hystérie ; il est encore atteint d'hémianesthésie droite sensorielle et générale, avec perte du réflexe pharyngien, rétrécissement du champ visuel à droite, zones hystérogènes. Enfin, le bras droit est manifestement plus faible que son congénère ; le malade ne peut le laisser étendu ; il ne tarde pas à le laisser fléchir en même temps que tout son corps est incliné du côté droit. Les muscles de l'épaule et du bras présentent une diminution de volume très sensible, avec abaissement de la force musculaire, si on les compare avec les muscles similaires du côté gauche. L'origine hystérique de ces atrophies est donc suffisamment démontrée par les attaques et les stigmates que présente ce malade.

Traitement de la pleurésie purulente. — M. Laveran pense que l'on doit adopter, pour l'étude des pleurésies purulentes, la classification de M. Netter, basée sur l'espèce de bactéries contenues dans l'épanchement ; on ferait de la sorte disparaître des appellations mauvaises, telle que celle de pleurésie méta-pneumonique. Il semblerait, en effet, que l'on dût toujours rencontrer, dans cette variété, le pneumocoque à l'état de culture pure dans la plèvre ; il n'en est rien : sur quatre cas qu'il a examinés, quatre fois il s'agissait de streptocoques.

Le traitement par les ponctions suivies d'injections antiseptiques, tel que l'a préconisé M. Fernet, n'est pas nouveau ; il avait déjà été employé par Aran, Hérard, Bells, mais il a été abandonné comme étant inefficace dans la plupart des cas. Lorsque la plèvre contient de fausses membranes, il est impossible de les évacuer par les ponctions, et le pus se reproduit inévitablement. La thoracotomie s'impose d'emblée, surtout quand il s'agit d'épanchement à streptocoques. Néanmoins, dans les pleurésies à pneumocoques, si l'on a fait choix de la méthode par les ponctions, et si plusieurs de celles-ci ont été suivies de la reproduction du pus, il ne faut pas attendre les vomiques, mais pratiquer l'empyème ; les malades ne résisteraient pas à une suppuration de plus longue durée. Les pleurésies septiques réclament d'emblée la thoracotomie.

Les injections antiseptiques après la ponction doivent être réservées pour les abcès enkystés et peu abondants de la plèvre.

Pour les lavages antiseptiques, M. Laveran rejette le sublimé à cause de sa toxicité ; son action est d'ailleurs passagère, il forme rapidement un composé insoluble avec l'albumine du pus. Le naphtol est insoluble dans l'eau. Le meilleur

Digitized by Google

antiseptique est le crésyl ou créoline, extrait du goudron de houille. La solution à 4 0/0 dans l'eau prend l'aspect d'une émulsion de couleur café au lait. A cette dose il est très antiseptique. Il suffit d'injecter 12 grammes de crésyl pour désinfecter la plèvre, les streptocoques ne réapparaissent qu'au bout de 12 jours ; sa toxicité est nulle.

Peut-on empêcher la transformation spontanée d'une pleurésie séreuse en épanchement purulent? D'après M. Laveran, les pneumocoques ou les streptocoques peuvent s'introduire dans les voies aériennes à l'état de poussières. D'autre part, ces microbes se retrouvent dans la salive de sujets sains ; il en conclut qu'il faut éloigner des pleurétiques les malades atteints d'érysipèle ou de suppuration et prescrire les gargarismes antiseptiques. De cette façon, on pourra empêcher la transformation des épanchements séreux en purulents.

De la cirrhose alcoolique hypertrophique. — MM. Gilbert et Hanot désignent sous ce nom les faits de l'ordre suivant. Lorsque chez des alcooliques accusés de cirrhose on trouve le foie plus volumineux qu'à l'état normal, cette hypertrophie peut évoluer de deux manières différentes : ou bien l'organe se rétracte peu à peu sans jamais rétrocéder en deçà de ses limites physiologiques; ou bien il conserve ses dimensions exagérées, soit en permettant la survie, soit en occasionnant par les lésions dont il est le siège quelque accident mortel. Les symptômes initiaux de cette modalité de la cirrhose ne diffèrent pas de ceux qui marquent le développement de la cirrhose vulgaire. Ils succèdent à l'ingestion réitérée de boissons alcooliques, sans que l'on puisse découvrir ni dans la qualité de ces boissons, ni dans l'âge ou la constitution de ceux qui en font abus, la raison qui imprime au foie telle ou telle direction pathologique. Parvenue à sa période d'état, la cirrhose alcoolique hypertrophique présente les mêmes expressions cliniques que la cirrhose atrophique. Comme cette dernière, elle peut demeurer *latente* et n'être découverte qu'à l'autopsie, ou *fruste* et s'accompagner d'un état symplomatique à peine ébauché.

Comme elle, enfin, elle peut revêtir une forme *achevée*, riche en manifestations morbides. Les troubles dyspépiques, en effet, le changement de coloration des fèces, les modifications physiques et chimiques de l'urine, la teinte jaunâtre des téguments, l'apparition de varicosités, les hémorragies par diverses voies (épistaxis, gastrorrhagies), la dilatation des veines sous-cutanées abdominales, les hémorroïdes, la splenomégalie, la diminution des forces et de l'embonpoint appartiennent également aux formes hypertrophique et atrophique de la cirrhose alcoolique.

L'examen de l'abdomen permettra seul d'affirmer qu'une cirrhose alcoolique, reconnaissable à l'ensemble de ces caractères, comporte une atrophie ou une hypertrophie de la glande hépatique. La connaissance de cette dernière variété de cirrhose n'est pas moins importante au point de vue du pronostic. En effet, si la cirrhose atrophique alcoolique est susceptible de s'amender au point de permettre la disparition de certains symptômes, tels que l'ascite, et de s'accomoder d'une survie plus ou moins longue, ainsi qu'en témoignent un certain nombre d'observations, ces faits constituent de véritables exceptions en regard de la multiplicité des cas de cirrhose atrophique suivis de mort. Il n'en est pas de même de la cirrhose alcoolique hypertrophique, dont on a signalé un nombre d'améliorations ou de guérisons beaucoup plus considérable.

La condition *sine quâ non* de la curabilité de cette dernière consiste dans la suppression de l'alcool, l'observation d'un régime sévère, comme le régime lacté et l'emploi des iodures, des mercuriaux, des diurétiques, des purgatifs, des ponctions répétées.

Sous l'influence de ce traitement l'ascite peut cesser ; sa disparition s'accompagne d'un affaissement des veines sous-cutanées abdominales, prouve que les voies circulatoires intra-abdominales sont devenues plus perméables. La perméabilité plus grande du foie est encore attestée par l'affaissement des varices hémorroïdales, la rétraction de la rate et du foie, qui reprend des dimensions presque normales, le retour des urines et de l'embompoint.

Si la cirrhose alcoolique avec gros foie permet une survie plus ou moins longue, elle peut aussi entraîner la mort à la façon de la cirrhose alcoolique ou par l'effet d'une affection intercurrente.

En résumé, voici les caractères anatomiques : le foie atteint le poids de 2 à 3 kilogr. ; ses bords sont moins tranchants qu'à l'état normal ; sa couleur est gris-jaunâtre ; sa surface est hérissée de saillies plus ou moins notables, mais plus petites que dans la forme atrophique, et plus apparentes après l'enlèvement de la capsule de Glisson. Le parenchyme hépatique crie sous le scalpel ; sur une surface de section il se montre divisé en granulations jaunâtres par des anneaux fibreux rosés.

Le poids de la rate dépasse habituellement 500 gr.

Les anneaux cirrhotiques contiennent la totalité des espaces portes et la majorité des veines du système sus-hepatique. Ils sont formés de tissu fibreux, creusés d'angiectasies capillaires et sillonnés en quelques points de neo-canalicules biliaires.

En résumé, comme la cirrhose alcoolique atrophique, l'hypertrophique est une sclérose annulaire péri-veineuse.

L'augmentation de volume du foie est le résultat d'un processus complexe. D'un côté, au parenchyme hépatique normal s'ajoute un tissu anormal composé d'anneaux fibreux et creusé de nombreuses angiectasies capi laires ; d'autre part les travées hépatiques, loin de disparaître en même temps qu'évolue le tissu de sclérose, peuvent s'hypertrophier par places et tendre à l'orientation concentrique que l'on observe dans l'hépatite modulaire, justifiant ainsi le qualificatif d'*hypertrophique*.

Dr H. Marciguey.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 mai 1890

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

Présentation. — M. Moure. Traité des maladies du larynx. — M. Laugée. Relation d'une épidémie de grippe. — M. Jeannel. Influenza et rhumatisme

M. Tarnier présente un jeune enfant qui est né avec une tumeur sur le côté du cou, constituée par un kyste séreux multiberculeux. La tumeur a beaucoup diminué depuis quelques jours et M. Tarnier hésite sur la conduite à suivre. La ponction peut être suivie de mortification. L'extirpation est dangereuse.

M. Gréhant. Doses d'acide carbonique contenues dans le sang et les muscles.

M. Fournier lit le discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Siredey.

Hygiène des mineurs. — M. Fabre (de Commentry) passe en revue les différentes maladies des mineurs. Il les divise en accidentelles et professionnelles. Celles-ci reconnaissent le manque d'oxygène, l'humidité, les émanations délétères, l'abondance des poussières et la température trop élevée de certaines galeries Les maladies respiratoires comprennent l'emphysème et la bronchite aux crachats noirâtres Les troubles digestifs comprennent l'embarras gastrique, la diarrhée, la dysenterie. On trouve aussi des arthralgies, des rhumatismes musculaires et articulaires. M. Fabre conclut que les conditions hygiéniques des mineurs sont bien meilleures aujourd'hui qu'autrefois.

Digitized by Google

Mode d'action du chloroforme; mécanisme des accidents. — M. VERNEUIL a dit qu'il fallait se garder de transporter au lit des malades les expériences du laboratoire. M. LABORDE proteste contre ces paroles avec énergie. Les animaux en expérience meurent, sous l'influence du chloroforme, par syncope cardiaque ou respiratoire, quelquefois par les deux. M. Laborde fait, à ce sujet, une expérience démonstrative. Si on fait passer sous les narines d'un lapin une petite éponge imbibée de chloroforme, ou même, plus simplement, le bouchon du flacon qui le contient, l'appareil enregistrant des mouvements cardiaques et respiratoires montre que ceux-ci sont arrêtés pendant quelques secondes. Cet effet modérateur du chloroforme est constant. C'est le contact des vapeurs du chloroforme sur la muqueuse nasale et sur les extrémités nasales du trijumeau qui produit ce résultat. Ce qui le prouve c'est que, si on sectionne le trijumeau d'un côté et qu'on mette dans la narine de ce côté un pinceau imbibé de chloroforme, le phénomène d'arrêt ne se produit pas. Si on sectionne les deux trijumeaux et les deux nerfs laryngés supérieurs, le même résultat s'observe dans les deux narines.

Avec le chlorure de méthyline, l'effet d'arrêt ne se produit pas. Avec l'éther, le résultat se rapproche beaucoup de celui obtenu avec le chloroforme.

M. VERNEUIL répond qu'il n'y a pas d'expériences de laboratoire qui permettent au chirurgien d'éviter et de combattre les accidents produits par le chloroforme. Nous n'avons encore à notre disposition que la respiration artificielle et la position du malade la tête en bas. Les animaux ne meurent ni par asphyxie, ni par syncope cardiaque. Et puis, il faut tenir compte chez l'homme de certaines maladies prédisposantes, les affections du cœur, par exemple.

C'est une erreur, réplique M. LABORDE. Les animaux meurent précisément par syncope cardiaque et respiratoire. Quant aux affections valvulaires, rien de plus facile que de les produire chez le chien.

M. VERNEUIL réplique que l'expérience de M. Laborde est connue. Aussi a-t-il soin, au début de la chloroformation, de n'approcher la compresse qu'à une distance de 10 à 15 centimètres. On ne peut assimiler les accidents produits par M. Laborde chez les animaux à la syncope qu'on observe chez l'homme. M. Verneuil demande que les physiologistes nous apprennent le moyen de sauver les malades atteints d'accidents chloroformiques. Il est peu satisfait des injections de morphine qu'on a conseillé de faire avant de donner le chloroforme. En effet, on éprouve une difficulté extrême à réveiller le malade. Quant aux injections de morphine et d'atropine, il les considère comme funestes et exposant les malades à de grands dangers.

F. R.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Au lendemain d'un Centenaire. — Autonomie et farandoles — Les Universités régionales. — Une déclaration ministérielle.

Il ne faut pas, avec un de nos aînés de la presse médicale, exagérer l'importance des fêtes du sixième centenaire de l'Université de Montpellier. Il ne faut pas non plus en méconnaître le caractère et y voir seulement une simple manifestation en faveur des intérêts locaux.

On a une appréciation plus exacte de leur portée, en tenant compte du mouvement d'une fraction de l'opinion en faveur de ce que l'on a désigné depuis quelque temps sous le nom d'autonomie des universités. Ce sont, d'ailleurs, des mots et une chose sur lesquels il serait urgent de s'entendre. L'a-t on fait à Montpellier?

Les journaux politiques ont publié la description complète de ces cérémonies et de ces fêtes jubilaires. On y trouverait peut-être en forme d'allégorie ou autrement, l'interprétation de ces mots et l'affirmation de la chose. Cherchons.

Il y avait un défilé de professeurs, cinq cents, dit on, tout un bataillon universitaire! Ils étaient tous revêtus de la toge et porteurs de l'épitoge. Les Lettres y figuraient avec les Sciences, la Médecine à côté du Droit : quelle touchante harmonie!

Le décret de 1885 l'avait préparé en organisant le Conseil général des Facultés dans chacun des ressorts académiques. Ce conseil est en quelque sorte un chapitre universitaire; les délégués en sont les chanoines. Cette procession professorale démontrait, en quelque sorte, la fédération des hermines.

Est ce en cela seulement que l'autonomie universitaire consiste? Non je pense.

Le Chef de l'Etat a distribué un drapeau, l'Eglise a dit une messe et le Saint Père a envoyé un ablégat. Le sacré prêtait son appui au profane; des chœurs d'étudiants se sont fait entendre. Le moyen âge pouvait faire mieux, en tout cas, il ne faisait point autrement.

On a prié, on a chanté, on a dîné, on a toasté; en gala on a été au théâtre; on a reçu, promené et salué des bannières; on a rendu à la science universelle, excellente intention, les honneurs qu'elle mérite. Ce spectacle est majestueux, mais est-ce là ce que l'on appelle l'autonomie universitaire?

Il y a eu les jeux floraux du felibrige, les chroniqueurs le disent; on a tenu cours d'amour — il n'est pas besoin d'autonomie pour cela, — « sur un petit tapis de gazon vert ». On a parlé en langue d'oc, une langue que l'on n'enseigne point en Sorbonne. On l'y enseignera sans doute un jour. Ce serait fort utile, car tout le monde n'a pu comprendre. C'était peut-être universitaire; en tout cas je ne pense pas que ce soit encore là le langage officiel de cette universelle autonomie.

Enfin, le populaire s'est diverti; n'a t il pas aussi ses droits au plaisir? Il a dansé des farandoles, il a dansé les chevalets, il a surtout dansé les treilles.

Bacchus lui-même a dû en être satisfait; mais la danse n'est point encore devenue, on l'espère, la principale manifestation de l'autonomie universitaire.

Où la trouver? Dans les paroles où sur des modes divers, la plupart des orateurs célébraient les bienfaits de la vie universitaire? Non.

Dans l'allocution municipale du maire de Montpellier? Cette allocution est instructive. En conviant la France et l'Etranger à des amusements aussi variés, il s'agissait sans doute de célébrer quelque peu une gloire scientifique six fois séculaire. Mais il s'agissait surtout de rappeler à nos contemporains, trop disposés à l'oublier, le privilège que, par la bulle du 26 octobre 1289, le pape Nicolas IV concéda aux trois Facultés de Droit, de Médecine et des Arts, en les érigeant en *Studium générale*. Puis il s'agissait de prévenir et, si possible, d'écarter la création de Facultés nouvelles. Marseille en réclame une; Toulouse en sollicite une autre. L'Université lyonnaise se développe, celle de Bordeaux est de plus en plus prospère.

Digitized by Google

Montpellier ne veut pas se laisser distancer : un désir très légitime, mais je le crains bien trop tardif ! Montpellier demande à l'Etat de ne point créer de Facultés rivales : un vœu progressiste, n'est-ce pas, et surtout un peu trop personnel. Chacun pour soi, l'État pour personne ; serait-ce un axiome à l'usage des autonomistes universitaires ?

Par la voix de son maire et en manière de toast — après boire, on peut tout dire — Montpellier a donc trouvé le moyen de parler ainsi au chef de l'Etat et aux Ministres :

Nous espérons qu'une loi rétablira bientôt les universités et comprendra en première ligne celle de Montpellier. Mais pour que nos Facultés continuent à prospérer, pour que les sacrifices de l'État et les nôtres ne soient pas inutiles, il faut que l'influence de notre université rayonne au loin et qu'il ne soit pas créé à côté d'elle, sans profit pour personne, des établissements rivaux.

Quelle modeste discrétion ! En termes qui ne sont pas officiels, on pouvait plus simplement dire : « Montpellier a des rivales ; Marseille à l'Est, Toulouse à « l'Ouest. Il redoute leur concurrence et sollicite de « l'Etat la suppression de ces foyers scientifiques dont « l'éclat incessant pourrait un jour lui devenir préjudi- « ciable ».

Eh bien ! voilà donc l'autonomie par intérêt local que l'avenir nous réserve ; et voilà pour le présent une revendication inattendue du droit d'ainesse universitaire sur laquelle on ne comptait guère. Les gens du Midi naissent malins, on le savait. Réfléchissez ; est-ce assez moyen âge ?

A mon avis, cela l'est trop : moins de gothique, de grâces, moins de romantisme.

Si l'autonomie universitaire est un progrès, elle ne peut consister, seulement, dans une restauration plus ou moins habile des costumes et des coutumes préhistoriques. Le Ministre de l'Instruction publique l'a déclaré éloquemment. En vérité, il en était temps :

« Dans notre société démocratique, il ne peut plus s'agir de privilèges et nul ne songe à rétablir ces corps fermés, à juridiction particulière, enclos dans leurs murailles et formant des villes dans les villes et des Etats dans l'Etat. L'indépendance qu'il s'agit de donner, c'est simplement l'indépendance scientifique. L'organisation des universités ne doit pas être œuvre de symétrie artificielle. Il ne s'agit pas de faire rentrer dans un cadre administratif préparé à l'avance toutes les Facultés. Pour qu'une université soit constituée, il sera nécessaire que certaines conditions se rencontrent, que plusieurs facultés existent côte à côte, non seulement prospères, mais en plein essor et prêtes à trouver dans leur association un développement nouveau. Comme à la majorité d'un homme, la loi lui reconnaît les droits du citoyen ; de même, lorsque le titre d'université sera conféré à un groupe d'établissements, l'Etat ne créera pas cette université, il en reconnaîtra l'existence. »

La voix du grand Maître de l'Université sera-t-elle entendue, écoutée et surtout obéie ?

Espérons-le. Il faut que l'autonomie des universités soit autre chose que la confiscation de la liberté de l'enseignement au profit exclusif de quelqu'un ou de quelques unes.

Cette déclaration est libérale. On voudrait s'en réjouir ; mais, hélas ! il serait peut-être imprudent d'escompter cette joie ; M. Bourgeois est un laïc et il y a toujours eu, en Sorbonne, une congrégation qui pousse la passion de la liberté jusqu'à dire à l'Etat : « Confiez-moi la liberté « et l'autonomie ; donnez-les moi tout entières. Vous « ne m'en donnerez jamais assez pour pouvoir en laisser « une parcelle aux autres. »

CH ELOY.

INFORMATIONS

PARIS

Le corps des suppliciés et la Faculté de médecine. — La conférence des avocats a discuté la question suivante, le 19 mai dernier :

« La Faculté de médecine a-t-elle le droit de faire des expériences physiologiques sur le corps d'un supplicié, malgré les dernières volontés de ce supplicié ? »

La conférence s'est prononcée pour la négative.

Société médico-psychologique. — *Prix proposés pour l'année* 1891. Prix Anbanel : (2,500 fr.). — Question : *De la folie chez les vieillards.*

Prix Belhomme : (800 fr.). — Question : *De la vision chez les idiots et les imbécites.*

Prix Esquirol : (200 fr.). — Au meilleur mémoire sur un point de pathologie mentale.

Les mémoires manuscrits doivent être adressés à M. le Dr A. Ritti, secrétaire général, avant le 31 décembre 1890.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Appel des médecins de réserve en 1890. — A la date du 14 mai courant, le Ministre de la guerre a décidé que l'appel des médecins de réserve en 1890 aura lieu dans les conditions suivantes : 266 médecins seront convoqués à l'époque des manœuvres d'automne, savoir :

230 médecins aides-majors de 1re ou de 2e classe ; 36 médecins-majors de 2e classe.

Ces médecins seront désignés, quel que soit leur domicile, par MM. les généraux commandant les corps d'armée auxquels ils sont affectés.

Ecole de médecine du Val-de-Grâce. — M. Robert, médecin principal de 2e classe, est nommé professeur d'anatomie chirurgicale.

Nominations dans le corps de santé militaire (armée territoriale). — *Au grade de médecin-major de 1re classe* : M. Bourgeois.

Au grade de médecin-major de 2e classe : M. Girard.

NÉCROLOGIE

En France : M. le Dr Battorel, ancien médecin de la marine.

En Angleterre : M. le Dr A. J. Pollock, ancien doyen de Charing Cross medical School et auteur d'un travail estimé, intitulé *Notes on Rhumatism*, qui parut en 1879.

Au Brésil : M. le Dr Maia Bittincourt, professeur de psychentrie à la Faculté de Bahia.

En Italie : M. le Dr Scolzi, professeur de matière médicale à la Faculté de médecine de Rome.

En Norwège : M. le Dr Faye, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Christiania.

En Suède : M. le Dr Magnus Huss, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Stockholm.

En Russie ; M. le Dr Besser, professeur honoraire de pathologie interne à l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg.

Le Directeur-gérant : HENRI HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE N° 23 4 JUIN 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THERAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

COMITÉ DE RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

REVUE GÉNÉRALE

Quelques considérations cliniques et thérapeutiques sur le diabète sucré

Il y a quelques mois, M. H. Senac a fait paraître un travail intitulé : *Etudes de pratique médicale sur le diabète sucré.*

Et d'abord, que faut-il entendre par le terme de diabète sucré? Inutile d'insister sur la distinction à établir entre le diabète entité morbide réelle et la glycosurie, phénomène secondaire, survenant à l'occasion d'états physiologiques ou pathologiques très différents. Autre chose est d'éliminer du cadre de la maladie les diabètes nerveux et pancréatiques. M. Senac les assimile aux glycosuries, produites par l'impaludisme, l'asphyxie ou des substances toxiques introduites dans l'organisme. Il met enfin également en doute l'existence des diabètes syphilitique et traumatique. Pendant une pratique de trente année, il n'a pas eu l'occasion de rencontrer un seul cas de ce dernier.

Que l'on discute sur la nature intime des diabètes nerveux et pancréatique, soit ; ce qu'il y a de certain, c'est que le complexus symptomatique, les complications, les modes de terminaison sont les mêmes que dans le diabète vulgaire. Il n'y a que la marche qui diffère. Lente, chronique dans le diabète sucré ordinaire, elle est aiguë et rapide dans le diabète pancréatique.

Quant aux diabètes syphilitiques, la question ne saurait être tranchée. Existe-t-il là un rapport réel ? S'agit-il au contraire d'une simple coïncidence? L'analyse minutieuse des faits cliniques pourra seule l'apprendre. Le nombre des observations rassemblées jusqu'ici est encore insuffisant pour résoudre le problème. On peut admettre, toutefois, que l'éclosion d'accidents spécifiques au niveau du quatrième ventricule, puisse être le point de départ d'une glycosurie persistante, qui ne serait pas un diabète vrai, bien qu'il en présente tous les symptômes.

Et le diabète *traumatique* réel? Pour M. Senac, le traumatisme agit comme cause déterminante chez un sujet prédisposé. Mais n'était la prédisposition, le diabète n'eut pas éclaté. Cependant, celui-ci est accepté sans conteste par la généralité des médecins. La question semble aujourd'hui tranchée. Lecorché, Seegen, Frerichs n'hésitent pas à l'admettre. De nombreuses observations établissent d'ailleurs d'une manière irréfutable que le diabète peut survenir très rapidement après un traumatisme. D'autre part, si dans la plupart des cas la prédisposition ne saurait être niée, il en est d'autre où l'on ne découvre aucun indice de cette prédisposition, quand la maladie éclate, par exemple, chez des enfants en bas-âge, ou encore quand on ne constate, chez les individus atteints, aucun antécédent héréditaire, aucun vice de nutrition (Brouardel et Richardière).

Il semble donc difficile de rejeter cette espèce de diabète et de considérer le traumatisme comme une simple cause provocatrice.

En résumé, M. Sénac n'admet qu'une seule espèce de diabète, d'origine constamment diathésique à marche tantôt aiguë et rapide, tantôt au contraire, ce qui est le plus fréquent, à marche chronique et lente. Les diabètes pancréatique, nerveux, syphilitique, traumatique ne sont pour lui que des glycosuries plus ou moins persistantes. Encore une fois cependant, cause mise à part, il est impossible de distinguer cliniquement ces diverses espèces d'états morbides, qu'il y ait entre elles ou non une différence fondamentale de nature, la question ne pourra être résolue que le jour où on pénétrera la pathogénie réelle du syndrome clinique appelé diabète. Jusque là, nous ne voyons aucun avantage à substituer à ce mot admis pour désigner des états pathologiques, relevant de causes diverses, il est vrai, mais tous identiques cliniquement, celui de glycosurie chronique, qui ne nous semble pas suffisamment compréhensif.

Ceci posé, quel est le trouble organique qui préside à l'éclosion du diabète? M. Senac a rappelé les idées émises par M. Bouchard et serré la question de plus près. Ses *maladies par nutrition retardante* comprennent plusieurs groupes pathologiques, reliés entre eux par des affinités étroites. C'est au plus important de ces groupes, appelé communément « Arthritisme » qu'appartient le diabète.

Il propose donc de substituer à l'expression du diathèse arthritique celle de *diathèse congestive.* Le travail de renouvellement des tissus se lie, en effet, à l'acte circulatoire. Il est non moins certain que l'élément congestif joue un rôle capital dans l'éclosion des manifestations arthritiques. Mais s'il en est l'élément fondamental, en est-il l'élément unique? Certains actes pathologiques de l'arthritisme pourraient en faire douter. Je n'en veux pour preuve que l'asthme et la migraine blanche, qui semblent être sous la dépendance de perturbations nerveuses et de troubles anémiques. Le mot de diathèse arthritique laisse, il est vrai, beaucoup à désirer ; nous reconnaissons qu'il a l'inconvénient d'accorder aux affections articulaires un rôle beaucoup trop important, bon nombre d'arthritiques restant indemnes pendant toute la durée de leur existence de manifestations rhumatismales ou goutteuses du côté des jointures. Néanmoins, il s'agit d'un mot consacré par l'usage et il serait prématuré de la rayer du cadre nosologique.

Digitized by Google

Au point de vue évolutif, il y a deux variétés de diabète, l'une à marche lente, continue ou intermittente ; l'autre à marche rapide. Cette division englobe tous les faits que l'on rencontre dans la pratique. Au point de vue du pronostic, elle a une haute importance.

Arrivons aux symptômes. Deux surtout relèvent de l'hyperglycémie, la soif et la polydipsie. Les autres sont liés à la présence du sucre dans les sécrétions, telles que : les larmes, la sueur, la salive et les urines. Les faits de glycose dans les larmes sont extrêmement rares. M. Lecorché n'en connaît que deux, empruntés à Gibb. M. Senac a enrichi la littérature médicale de deux nouveaux cas dans lesquels des ophtalmies mirent sur la voie du diagnostic.

La glycose dans la sueur a été observée par Vogel, sous forme d'une matière pulvérulente, sucrée, déposée à la surface des téguments.

Inutile d'insister sur la présence du sucre dans la salive et les urines. Quand il existe dans la bouche, il provoque la carie dentaire, si commune chez les diabétiques.

Ce n'est ni à l'hyperglycémie, ni à la glycosurie, qu'il faut attribuer les accidents les plus graves du diabète, c'est plutôt à l'état général qui engendre la maladie.

A propos des perturbations digestives et nutritives, M. Sénac insiste sur l'obésité, si commune chez les diabétiques goutteux, et principalement la boulimie.

Pour lui, ce dernier phénomène dépend de la maladie diabétique et non de l'hyperglycémie. Il serait dû à ce que la glycose, contenue dans le sang, n'est pas assimilée par les tissus. La désassimilation continuant à s'accomplir, les pertes en substances azotées et minérales ne sont point réparées ; de là, cet appétit vorace que l'on rencontre chez presque tous les malades.

L'*impuissance musculaire* se manifeste quelquefois dès le début du diabète. Il faut reconnaître cette particularité clinique, qui peut mettre sur la voie du diagnostic. Tardivement, s'accomplit une sorte de ratatinement des tissus et principalement du tissu musculaire.

Les *troubles de la génération et de la respiration* sont trop connus pour que nous nous y arrêtions.

A propos des *perturbations sensorielles*, il faut citer des cas de cataracte observés dès le commencement du diabète et contrairement à l'opinion de M. Lecorché, qui fixe, à dix-huit mois ou deux ans, l'apparition de cette grave complication.

C'est à propos des troubles circulatoires et des accidents graves qui peuvent en être la conséquence, notamment de la gangrène, que M. Senac édifie une théorie du diabète.

Il rappelle d'abord que cet état morbide doit être rapporté originairement à la diathèse congestive. Les symptômes du diabète, ainsi que les autres manifestations de la diathèse, auraient pour cause prochaine des troubles circulatoires et, consécutivement, de la nutrition. La modification de l'acte circulatoire consisterait primitivement dans un affaiblissement de la propulsion du sang. A cette période de la maladie, on ne constate que l'hyperglycémie, la glycosurie et les épiphénomènes pathologiques qui en dérivent. Plus tard surviennent des altérations physiques du système vasculaire dans son entier ; c'est alors que peuvent éclater des accidents inflammatoires d'intensité variable, dont le degré le plus élevé aboutit à la gangrène.

Telle est la théorie pathogénique du diabète que M. Sénac oppose à celle du ralentissement des actes nutritifs, émise par M. Bouchard. Ce n'est sans doute qu'une hypothèse, mais une hypothèse qui résulte de la notion des troubles circulatoires chez les diabétiques.

Toutes les théories sont passibles d'objections et l'idée de M. Sénac représente une large part de vérité, en mettant au point l'importance des actes congestifs dans la genèse des manifestations de l'arthritisme et du diabète, qui en dérive, mais c'est une théorie et, comme toutes les théories, elle est passible d'objections.

Nous voici arrivés à la *thérapeutique du diabète*. Quel est le traitement prophylactique de la maladie ? L'hygiène du sujet, prédisposé au diabète, doit être celui de l'arthritique.

Nous ne partageons pas absolument l'opinion de M. Senac, relativement à l'usage des aliments féculents chez les arthritiques. Il ne pense pas que leur ingestion, même en excès, puisse déterminer l'apparition du diabète. Son assertion est basée sur la rareté de la maladie dans certaines contrées de la France, où la population agricole se nourrit surtout de pain et de pommes de terre. Cette immunité peut aisément trouver son explication dans le séjour à la campagne et dans l'énergie des combustions respiratoires et des mutations nutritives sous l'influence d'un air vif et pur. Mais il serait imprudent, je crois, de laisser les habitants des villes, dont les conditions d'existence diffèrent absolument, user sans restriction des aliments féculents, si l'on reconnaissait chez eux une tare diathésique les prédisposant au diabète. Si donc, il n'est pas indispensable de leur en interdire formellement l'emploi, ils doivent au moins en être très sobres.

Nous partageons en revanche absolument l'opinion de l'auteur, insistant sur la nécessité de respecter certaines manifestations de la diathèse congestive. Il ne s'agit pas là de simples vues de l'esprit, mais de faits réels, qui ne sauraient trop être mis en relief. N'oublions pas en effet que le diabète peut remplacer la goutte et qu'il n'est pas rare de le voir se produire après la disparition de la gravelle urique.

On l'a vu également éclater chez des femmes, débarrassées trop rapidement par des eaux thermales sulfureuses de douleurs articulaires, qui leur étaient survenues à l'époque de la ménopause. M. Cornillon a observé de son côté des faits de diabète, succédant à la guérison de la lithiase biliaire. La nécessité de respecter certaines manifestations de l'arthritisme est donc aujourd'hui hors de conteste. Inutile d'insister davantage.

En présence d'un cas de diabète confirmé, à quelles indications doit-il obéir ?

D'après M. Sénac, elles se réduisent à trois principales.

Il faut combattre :

a. L'hyperglycémie et la glycosurie consécutive.

Digitized by Google

b. Le processus pathologique, qui engendre l'hyperglycémie.

c. La diathèse congestive, qui prédispose au diabète.

Il est utile, selon lui, d'examiner les urines tous les quinze jours au moins, afin de juger les effets du traitement et du régime alimentaire.

Quel régime faut-il adopter? M. Sénac condamne le régime de Cantani. On sait que le médecin italien n'autorise, en fait d'aliments, que la viande, les poissons salés, les graisses, l'huile d'olives et une petite quantité de sel marin. Il interdit le beurre. Comme boisson, il ne permet que l'eau pure ou l'eau de Seltz artificielle; pour les personnes trop habituées au vin, l'eau additionnée d'alcool rectifié des pharmacies, à la dose de 10 à 30 grammes dans les 24 heures.

Il ajoute à ce régime l'acide lactique dans le but de faciliter la digestion des matières azotées.

Dans les cas graves, il prescrit un jeûne complet, depuis le soir jusqu'au surlendemain matin. Le sucre disparaît alors et, s'il revient, il ordonne au bout de 8 à 15 jours, un nouveau jeûne absolu.

A l'aide de ce traitement, Cantani a obtenu des résultats plus remarquables en apparence qu'en réalité. A coup sûr, la glycosurie a disparu rapidement chez ses malades, mais ont-ils guéri en réalité leur diabète. La statistique de Cantani n'en est pas la preuve irréfutable. La durée des guérisons qu'il annonce « trois ans maximum » n'est pas suffisante, en effet, pour autoriser une affirmation sans appel.

En outre, le régime, exclusivement carné, qu'il préconise, surmenant rapidement l'estomac, précipite l'apparition des troubles nutritifs, si fort à redouter chez les diabétiques.

En résumé, il vaut mieux adopter les prescriptions diététiques de Bouchardat, en tempérant leur sévérité.

Voici d'ailleurs les conclusions formulées par M. Sénac :

1° Le but que doit chercher à atteindre le plus promptement possible le médecin, est la disparition complète de la glycose dans l'urine;

2° Ce résultat est obtenu d'autant plus facilement que le changement de régime est plus brusque;

3° Le minimum de sévérité de la diète antidiabétique est représenté par le régime de Bouchardat;

4° Après disparition complète de la glycosurie, il est nécessaire de continuer, pendant une certaine période de temps, une diététique sévère. Ce n'est que lentement et progressivement que l'on peut revenir à l'usage des aliments prohibés. Encore est-il prudent d'user désormais avec modération des aliments féculents et sucrés.

Relativement aux boissons, on ne partagera pas l'opinion de Bouchardat, recommandant de régler la quantité de liquide à ingérer de façon à ce que le total des urines excrétées ne dépasse pas le chiffre de un litre et demi par jour. La soif doit être satisfaite, elle est l'indice du besoin d'eau, réclamée par l'organisme; seulement, il faut recommander au malade de boire lentement, afin d'éviter la surcharge de l'estomac.

Les boissons, permises entre les repas, ne doivent contenir aucune substance glycosogénique, telles : l'eau, pure ou additionnée d'une petite quantité de substances amères, le houblon, la gentiane, la quassia amara, la chicorée sauvage; l'eau mélangée d'une faible dose de café noir ou de vin rouge, si l'estomac peut le supporter. Contrairement à Bouchardat, on interdira l'usage des boissons glacées, qui calment la soif beaucoup plus en apparence qu'en réalité, mais irritent la muqueuse digestive et exagérant le besoin de boire. Il faut donc se contenter de liquides à la température ordinaire. Les boissons gazeuses sont passibles des mêmes objections; aussi doivent-elles être interdites, aussi bien que celles qui contiennent de l'alcool, en quelque quantité que ce soit.

M. Sénac ne concède comme breuvage, que l'eau, mêlée au vin dans la proportion de 1/5. Les vins purs ne doivent être tolérés qu'à titre exceptionnel et à dose très minime. Quant aux vins rouges et blancs du Midi, permis par Bouchardat, il les proscrit absolument. Il est certain qu'on ne saurait trop surveiller chez les malades, entachés de diabète, l'usage des boissons alcooliques. Car il existe dans la science des faits non douteux de cirrhose hépatique, survenus chez des diabétiques, qui avaient usé à profusion de boissons fermentées, dans le but de relever leurs forces alanguies.

Parmi les aliments solides, on doit rejeter l'usage de la farine de gluten dans la confection des sauces et de la pâtisserie, sous le prétexte fondé que le vrai gluten n'existe pas dans le commerce.

Le cresson doit être également défendu, bien qu'il soit permis par Bouchardat. Son usage produirait une augmentation de la glycosurie.

Doit-on préférer l'emploi du pain de gluten à celui des pommes de terre, cuites à l'eau? Les analyses prouvent bien que les pommes de terre, préparées de cette façon, contiennent moins d'amidon que le pain de gluten (dans la proportion de 28 à 41 0/0); mais l'auteur fait remarquer que la pomme de terre renferme pour un poids égal, beaucoup plus d'eau et moins de substances nutritives que la farine de gluten. Les diabétiques doivent donc accorder leurs préférences au pain, fabriqué avec cette substance, d'autant qu'ils en consomment une faible quantité. Le médecin n'a pas d'autres prétentions, en effet, en leur proposant ce produit que de leur faire supporter l'absence de pain ordinaire.

Tous les médecins ne partagent pas l'opinion de M. Senac relativement à l'usage du pain de gluten.

Ce pain, en raison de sa légèreté et de son goût spécial, est quelquefois, pour les malades, un objet de dégoût insurmontable. En outre, sa fabrication laisse trop souvent à désirer. Elle diffère dans des limites très étendues et sa teneur en matière amylacée varie dans des proportions équivalentes. Aussi voit-on des diabétiques, dont la quantité de sucre augmente par le simple changement de fournisseur, alors qu'aucune infraction n'a été commise au régime.

Le mieux, croyons-nous, est de tenir un compte sérieux du goût des malades et s'ils n'acceptent pas le pain de gluten, de leur proposer les pommes de terre cuites à l'eau, en leur recommandant expressément de ne pas en faire abus.

Digitized by Google

M. Senac a eu l'idée de substituer les choux au pain, de la manière suivante : il conseille de faire bouillir complètement des choux verts à grande eau avec du sel, puis de les comprimer fortement pour en faire une sorte de gâteau presque sec que le malade peut manger avec la viande.

Du reste, il faut tenir compte de la différence d'action des substances glycosogéniques, selon les malades. On est frappé de l'impunité avec laquelle quelques individus supportent, sans voir leur glycosurie augmenter, des substances riches en éléments féculents et sucrés, alors qu'une dose minime d'une autre substance, bien moins riche en fécule, augmente dans des proportions considérables la quantité de glycose urinaire. On peut alors se demander si certains aliments n'agissent pas plutôt en entravant l'utilisation de la glycose du sang, qu'en vertu de l'apport de leurs matières saccharifiables.

Quelle est l'influence de l'exercice musculaire sur le diabète ? Très utile quand les combustions sont incomplètes, il devient dangereux quand elles sont exagérées, c'est-à-dire dans la forme de diabète rapide et à la période ultime du diabète lent ; témoins, les faits de mort par coma à la suite de fatigues physiques. C'est donc un moyen de traitement, qui doit être surveillé avec soin et prescrit avec discernement.

Parmi les agents médicamentaux employés contre le diabète, deux méritent seulement l'attention : l'opium et l'antipyrine.

Quand on prescrit le premier de ces médicaments, on doit prendre cinq à dix centigrammes d'extrait thébaïque en trois fois dans les vingt-quatre heures. La dose, dans tous les cas, ne doit pas être assez forte pour amener la somnolence. Cette médication produit le plus souvent de salutaires effets. L'opium agit en facilitant et régularisant la circulation périphérique par la dilatation des vaisseaux capillaires, et non, comme le croient certains thérapeutes, en ralentissant les phénomènes de désassimilation.

Quant à l'antipyrine, son emploi est encore trop récent, pour formuler une opinion arrêtée sur son efficacité réelle. Toutefois elle paraît contre-indiquée dans les cas suivants :

1° Quand, après six à huit jours de traitement, le sucre ne s'abaisse pas rapidement de 25 0/0 par exemple ;

2° Lorsque la diminution de la polyurie s'accompagne d'une densité plus grande de l'urine ;

3° Quand il y a diminution de l'appétit et affaiblissement général ;

4 Enfin, lorsque le diabète se complique d'albuminurie.

Le médicament doit être administré à la dose de trois grammes par jour : 1 gramme de quatre heures en quatre heures et loin des repas. Il sera utile de l'associer au bicarbonate de soude : 50 centigrammes pour 1 gramme d'antipyrine afin d'éviter que les urines ne deviennent trop acides (1).

(1) Voir H. Huchard : De l'antipyrine dans le diabète. — Ch. Eloy : De l'antipyrine contre la polyurie. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1888.),—A. Robin, *Bul. de l'Acad. de médecine*, 1889.

Le remède doit être suspendu au bout de huit à douze jours au plus, plus tôt même, lorsque l'examen de l'urine révèle la moindre trace d'albumine.

J'arrive au traitement du diabète par les eaux minérales. Il faut qu'à la cure minérale soit joint l'emploi des autres moyens, dont nous disposons contre le diabète, c'est-à-dire la diététique, l'hygiène et les exercices physiques. C'est ainsi que Vichy est un puissant adjuvant dans la cure du diabète, mais son action doit être complétée par l'ensemble des autres moyens, dont l'expérience a consacré la valeur.

Ajoutons qu'on ne saurait prescrire l'usage des eaux minérales avec une trop grande prudence. Dans les formes rapides, par exemple, les eaux de Vichy ne sont utiles que si des pesées exactes démontrent l'urgence de hâter le travail de désassimilation. Il faut donc dans toutes les périodes du traitement, procéder avec une minutieuse attention et ne jamais oublier que la médication du diabète est une médication de prudence. Ces idées sont développées, d'ailleurs, avec une grande justesse dans le livre de M. Sénac, qui est l'œuvre d'un médecin aussi instruit qu'expérimenté.

Dr A. Renault.
Médecin des Hôpitaux.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

MÉDECINE

De l'incubation de la roséole, par M. le Dr A.W. Flood.— La rubéole (rotheln) a une durée d'incubation mal déterminée ; dix jours selon les uns, vingt ou vingt-et-un selon les autres. (*Brit. Méd. journal*, 8 mars 1890).

M. Flood a pu, dans trois cas, la mesurer exactement et noter avec précision le temps écoulé entre l'exposition du malade à l'infection et le moment où l'éruption parut. Cette dernière se manifesta le *quinzième jour* ; elle avait été précédée, durant quarante-huit heures, par le gonflement des glandes du cou. S. R.

De l'albuminurie non brightique, par M. Goodhart. — L'auteur divise les albuminuries indépendantes des maladies du rein en cinq groupes. (*Guy's Hosp Gaz*, 29 mars 1890) :

1° *Albuminurie oxalurique.* — Elle peut être produite par l'ingestion de la rhubarbe ou de végétaux contenant une forte proportion d'acide oxalique. Il est possible que les cristaux d'oxalate de chaux provoquent l'irritation de l'épithelium rénal et le passage de l'albumine et même du sang dans l'urine.

2° *Albuminurie lithœmique.* — On l'observerait à tout âge et en particulier chez les enfants qui ingèrent des aliments solides et une proportion insuffisante de liquides. Leur urine est concentrée et on constate un dépôt abondant d'azotate d'urée et d'albumine.

3° *Albuminurie hæmoglobinurique.* — Elle se rencontre après des bains froids ou un exercice violent.

4° *Albuminurie occasionnelle.* — Elle s'observe chez les femmes atteintes de leucorrhée ou chez l'homme après l'éjuculation. Elle est dûe en grande partie à la présence du sperme ou de sécrétions prostatiques.

5° *Albuminurie de cause nerveuse.* — M. Goodhart compare sa pathogénie à celle des fluxurinaires des sujets névropathiques. Il l'a observé dans deux cas de goitre exophtalmique, chez une jeune fille névropathe et chez une femme de trente ans également neurasthénique.

Digitized by Google

OBSTÉTRIQUE

Du tamponnement intra-utérin après la délivrance en cas de placenta prœvia, par M. Audry. — L'auteur, interne de M. Fochier, recommande le procédé suivant et, à l'appui de son argumentation, publie deux observations où le succès a été complet (*Lyon Méd.* 18 mai 1890. p. 75).

Voici ce procédé :

On tamponne l'utérus avec des bandes de gaze iodoformée ; puis l'utérus une fois rempli, le segment inférieur bien distendu, on se contente de maintenir vigoureusement le tampon avec deux ou quatre doigts introduits dans le vagin pendant que l'autre main ou un corps pesant (sac de plomb, de sable, etc.) presse par dessus le pubis. Une fois l'hémorragie arrêtée, on retire la main et on abandonne le tampon qui est fixé.

Si l'on a à sa disposition des aides et des instruments, il vaudra mieux sans doute maintenir le col avec des pinces ; mais cette manœuvre n'a rien d'indispensable ; avec une main dans l'utérus et une pince à polype on n'éprouvera pas de difficultés sérieuses à faire un tamponnement intra-utérin irréprochable.

Autant que possible, il est bon de prolonger le contact du corps absorbant et compressif avec la surface saignante jusqu'à ce que les caillots soient solidement constitués.

Cependant si des signes d'infection ou d'intoxication se manifestaient, on pourrait dès la huitième heure procéder à la prudente ablation des tampons. Enfin on fera suivre le détamponnement d'un lavage intra-utérin tiède, sous faible pression.

S. R.

Du traitement des vomissements par la teinture d'iode, par M. le Dr Taylor. — On sait que ce médicament a donné des résultats heureux contre les vomissements rebelles de la dyspepsie, des gastrites, des néphrites et de la grossesse.

M. Taylor administre, dans ce but, la teinture d'iode à la dose de trois gouttes dans cinq ou six cuillerées d'eau et répète cette dose toutes les demi-heures. (*The Lancet*, 1er février 1890).

Cette médication n'est pas souveraine, à coup-sûr ; mais peut être essayée dans les cas où les autres médicaments échouent.

S. R.

THÉRAPEUTIQUE

De la valeur du chlorhydrate d'orexine comme stomachique, par M. Battestini. — Ces recherches entreprises à la clinique médicale de la Faculté de Turin, confirment celles de Gluckziegel. L'orexine augmente l'appétit et exerce, de plus, une action enpeptique (*Revista gen. italiana de clinica medica*, 15 mai 1890, p. 182).

Cette action enpeptique n'est pas proportionnelle à la dose ingérée. C'est ainsi que la dose qui donne l'effet maximum est en moyenne de 20 à 30 centigrammes. On peut, au reste, en continuer l'emploi sans inconvénient et sans perturbations gastro-intestinales.

Au point de vue de la posologie, il est utile d'associer l'orexine avec l'extrait de gentiane, en pilules, et de faire ingérer immédiatement après ces dernières, du bouillon chaud qui contient, d'après Herzen et Girard, des substances peptogènes.

S. R.

De l'action thérapeutique des voyages maritimes, par M. Lindsay. — Dans ce mémoire, l'auteur énumère les avantages du séjour à la mer : pureté de l'air, faible variation thermique de l'atmosphère, richesse en ozone, régularité de la vie à bord, repos et calme absolus (*Amer. journal of Med. Science*, avril 1890).

Ce traitement convient aux individus dont le cerveau est surmené ; c'est pour eux une cure de repos. Il convient aux phtisiques surtout dans la première période ; témoin la statistique de Flint et Williams, accusant : 89 améliorations sur cent cas dans une série de malades dont 72 pour cent étaient dans la première période de la phtisie.

Il convient dans les formes torpides ou scrofuleuses et ses effets se traduisent rapidement par une augmentation de l'appétit et du poids. M. Lindsay n'admet que deux contre-indications à son emploi : 1° la fièvre ; 2° la marche aiguë ou subaiguë de la maladie. A son avis, les hémoptysies ne doivent pas le faire proscrire.

S. R.

TOXICOLOGIE

Existe-t-il une néphrite causée par le baume du Pérou ? par MM. Nowack et Broentigam. — On connaît les néphrites causées par l'usage du baume de copahu et du styrax. Existe-t-il une néprhrite semblable quand on administre le baume du Pérou ? Vamossy et Litten l'admettent (*Cent. f. Klin. Med. Woch.*, mai 1890).

Ces auteurs ont observé attentivement l'action du baume du Pérou sur vingt-deux malades qui l'ingéraient à doses élevées. Aucun d'eux n'a éprouvé des troubles gastro-intestinaux signalés par Nothnagel et Rossbach, aucun d'eux n'a présenté les signes d'une néphrite. Cette tolérance doit être attribuée à la pureté du médicament, car l'action irritante, quand elle existe, doit être imputée, de même que celle du baume de copahu, à une huile éthérée contenue dans le baume impur. S. R.

Empoisonnement par le podophyllin, par M. le Dr W. H. Dudley. — Après l'ingestion de cinq grains du médicament, le malade accusait des vomissements et de la diarrhée bilieuse. Le pouls était à 70 deux heures après l'ingestion du médicament (*The N. Y. Med. Record*, 12 avril. p. 409).

Il y avait du refroidissement des extrémités. Deux heures après ces symptômes disparaissaient. Vingt-quatre heures plus tard, état comateux, pouls à 100 ; contraction pupillaire ; 38 respirations ; la dépression va en augmentant ; l'urine est concentrée, contient de l'albumine et des hématies et, malgré l'administration des stimulants, la mort survint. L'auteur attribue cette dernière à la production exagérée par le foie et à la retention de produits excrémentitiels : acides cholique, choléique, glycocholique et taurocholique. La femme du malade avait éprouvé, mais à un degré moindre, les mêmes symptômes après l'ingestion du même médicament. Chez elle, la dépression persista pendant plusieurs semaines, mais elle guérit.

S. R.

LARYNGOLOGIE

De l'intubation du larynx dans le croup, par M. W. Hailes. — Cette série de cent cas d'intubation laryngée contre le croup, mentionne 38 succès. Elle démontre donc l'efficacité de cette opération.

M. Hailes employait le tube de Dwyer et le mettait en place dans l'espace de trois à huit secondes. De plus, dans un cas urgent, il a pu le faire sans l'aide de l'introducteur ; instrument dont l'usage n'est pas indispensable quand on possède l'habitude de cette opération. (*The Brit. méd. Journal*, 24 mai 1890, p. 1186.)

Parmi les observations les plus intéressantes de l'auteur ; il faut signaler les deux suivantes : d'abord celle d'une fillette de cinq ans et demi, où on pratiqua l'opération à cinq reprises par jour durant une semaine ; ensuite celle d'un garçon du même âge dont les fausses membranes encombraient la trachée jusqu'à sa bifurcation.

M. Hailes estime que l'intubation mérite d'être plus souvent employée dans le traitement de la diphtérie, à condition surtout d'en faire usage de bonne heure et avant la période d'infection.

C'est l'avis de tout le monde. Constatons à regret que l'observateur a oublié de rappeler le nom de l'inventeur français de cette méthode et de citer les travaux de nos compatriotes.

S. R.

Digitized by Google

Les avantages de l'intubation du larynx, par M. H. Mackenzie. — De l'avis de ce laryngologiste anglais, ces avantages sont les suivants, quand on compare l'intubation à la trachéotomie. (*The Brit. méd. Journal*, 24 mai 1890, p. 1188.)

L'opération est plus facile à exécuter et plus rapide que la trachéotomie. On n'est pas exposé aux inconvénients plus ou moins lointains de l'ouverture de la trachée. Par contre, il faut tenir compte de la gêne de déglutition causée par la présence du tube, et du danger de l'avaler ou de le déplacer pendant les accès de toux. On a reproché au tube de repousser la fausse membrane devant lui, en la détachant. C'est une objection peu légitime, car, ajoute M. Mackenzie, cette fausse membrane adhère d'ordinaire fortement à la muqueuse dans la laryngite diphtéritique. S. R.

REVUE DES LIVRES

Formulaire aide-mémoire de la Faculté de médecine et des médecins des hôpitaux de Paris, par M. le Dr F. Roux, (Paris 1890, G. Steinheil.)

C'est un singulier usage que celui d'après lequel on devrait toujours parler discrètement des habitants de la maison dans laquelle on réside. Le lecteur ne m'en voudra pas de ne point m'y conformer quand il aura parcouru et consulté l'ouvrage de notre cher et fidèle collaborateur, M. F. Roux.

Il y a des gens qui écrivent sur la thérapeutique dans le but de se tailler un vêtement dans le drap de la renommée. L'œuvre est aisée et il n'y a point grand mérite à l'accomplir. L'auteur n'est point de ceux-là; il fait de la pratique à la bonne manière en colligeant les meilleures formules des cliniciens parisiens. Cette méthode excellente lui a permis de composer un volume dont l'originalité diffère de la banalité habituelle des formulaires en renom. Je l'en félicite; les praticiens l'en féliciteront et tout ce qu'ils pourront regretter c'est que le choix de l'auteur se soit arrêté inclusivement sur les cliniciens des hôpitaux. On formule ailleurs que, dans des services officiels, cette objection ne pourra point s'appliquer, je n'en doute pas, à la seconde édition désormais certaine de cet ouvrage appelé à un si grand succès. Ch. Eloy.

Dictionnaire de médecine à l'usage des assurances sur la vie, par le Dr E. Mareau. (Paris, O. Doin, 1890).

Ecrit à un point de vue tout à fait spécial, ce livre est cependant intéressant à parcourir par un médecin n'appartenant pas aux compagnies d'assurances. Le pronostic des maladies y est traité avec un sens clinique et des développements que nous ne trouvons pas d'habitude dans les auteurs classiques. — « Le médecin attaché à une compagnie d'assurances sur la vie, dit l'auteur, doit se considérer comme un expert et non comme un praticien. Il n'a donc pas à s'inquiéter du secret professionnel en ce qui concerne les déclarations qu'il a à faire dans son rapport. Le proposant n'est pas son client; il n'a qu'à répondre à la compagnie. » — Nous partageons l'opinion du Dr Mareau; le médecin expert est délié du secret professionnel vis-vis de la compagnie; mais nous ne sommes plus du même avis que l'auteur, lorsqu'il écrit à propos de la gravité de certaines opérations qu'une enquête doit être faite par la compagnie auprès du chirurgien ayant pratiqué l'opération. Bien peu consentiront à parler dans ces conditions, même avec l'autorisation de leur client, qui jusqu'à un certain point peut ne pas soupçonner la gravité de l'opération qu'il a subie. Les médecins traitants sont fréquemment consulté à ce sujet par les compagnies d'assurances, et beaucoup se refusent, à bon droit, à donner aucun renseignement, même lorsqu'ils sont dégagés du secret professionnel par leurs malades.

En résumé M. Mareau a mis entre les mains des assureurs un livre excellent, bien coordonné, rempli de notions pratiques et justes.

Dr H. Marciguey.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

Traitement des déviations scolaires du rachis

Les mauvaises attitudes que les enfants peuvent prendre à l'école, entraînent des modifications dans la direction normale de la colonne vertébrale qui, d'abord réductibles, peuvent, si elles ne sont traitées, aboutir à des déformations définitives. Si l'enfant se tient de travers, une scoliose va commencer; s'il se penche d'une façon exagérée en avant, va apparaître une cyphose; s'il se renverse trop en arrière, va se produire une lordose.

La première indication, pour remédier à ces déviations, consiste dans la suppression des causes qui résident dans le manque d'adaptation du matériel scolaire à l'élève.

L'élève doit avoir un banc qui lui soutienne les trois quarts des cuisses, avec dossier et appuis pour les pieds; ce banc arrive jusqu'au même plan vertical que le bord du pupître et même peut se prolonger au-dessous, de façon qu'il n'y ait pas besoin de se pencher pour atteindre celui-ci, dont la hauteur est subordonnée à celle des coudes de l'enfant assis. Des mensurations multipliées aux différents âges ont permis d'adopter plusieurs types de matériel scolaire correspondant aux principaux âges.

D'autres causes sont d'ordre pédagogique: ainsi il faudra que les cahiers soient penchés, car, avec l'écriture penchée, il faut que le cahier ou que l'élève soit placé de travers. C'est pourquoi Layet aimerait mieux l'écriture droite; certains auteurs, L Seeger, de Vienne, entre autres, voudraient qu'on apprît à écrire des deux côtés.

Sous prétexte de bon maintien, on ne fera pas dresser la tête outre mesure, ni cambrer les reins. Souvent, la myopie provoque les attitudes vicieuses; des lunettes appropriées seront alors la première chose à faire.

Le traitement médical comprend les toniques, fer, quinquina ou tout autre médicament qu'exige l'état général; avant tout, les frictions excitantes, les bains stimulants, les bains de mer, l'hydrothérapie et surtout la vie en plein air et une nourriture réparatrice. Mais les moyens directs les plus efficaces sont les attitudes, les appareils simples (corsets d'attitude), la gymnastique orthopédique, l'électricité, le massage.

Pour corriger les déviations par attitudes vicieuses, on fera prendre des attitudes exagérées en sens inverse de la déviation. Par exemple, s'il y a scoliose avec convexité droite, élévation et saillie de l'épaule droite, on recommandera d'élever l'épaule gauche et de se pencher à droite. Toutefois, il faudra s'arrêter à temps et ne pas produire la difformité du côté opposé.

Duchenne recommandait de faire asseoir sur un

Digitized by Google

siège plus haut du côté de la convexité de la déviation, de sorte que, pour que le coude s'appuie sur le pupître, le corps doit se pencher du côté où existe la scoliose, et la corriger. Un livre, un petit coussin, placé sous l'une des fesses, remplit bien cet office d'une façon pratique.

Le corset d'attitude sort presque du domaine médical, toutefois, il semble souvent mal compris ; cet appareil simple se compose d'un corset fortement baleiné, auquel s'ajoutent des épaulettes et parfois des tuteurs latéraux avec croissants. On comprend que ce corset ne doit pas être symétrique; du côté de l'épaule plus haute, l'épaulette doit presser fortement en bas, le tuteur ne doit pas porter de croissants sous l'aisselle ; du côté opposé, l'épaulette doit être plus lâche et un croissant relever le creux axillaire et entraîner l'épaule en haut. De plus, si l'angle inférieur de l'omoplate fait une saillie notable, on cherche à la repousser à l'aide d'une plaque de cuir ou d'un coussinet arrondi qu'on fait coudre à ce niveau en dedans du corset. Les appareils plus compliqués s'adressent à la scoliose confirmée. Le décubitus dorsal et le décubitus latéral du côté de la concavité de la courbure, agissent dans le sens du redressement. Dans le dos rond (cyphose), le corset tendra à ramener les deux épaules en arrière à l'aide des bretelles et par des pressions exercées sur l'angle inférieur des omoplates et à redresser la voussure en appuyant sur sa convexité; la gibecière portée au dos, comme le sac militaire, produit un effet analogue.

De plus, on couchera l'enfant sur un lit plat et résistant, la tête peu élevée.

Contre les reins creux, contre la lordose sacro-lombaire, les appareils devront chercher à diminuer l'ensellure en soutenant le ventre qui proémine et en appuyant à la fois sur les deux points extrêmes de l'arc, la région dorsale et la région fessière.

Ici, le lit sera mou, relevé vers la partie supérieure du tronc et vers le bassin, de façon à solliciter la courbure à se corriger.

Duchenne avait proposé un corset prothétique dans lequel les tractions s'exerçaient à l'aide de bandes de caoutchouc dans le sens exact des muscles affaiblis, qui, lorsqu'il est bien exécuté, rend les plus grands services.

Des deux moyens d'attitude précédents, les appareils l'emportent en puissance sur les positions, mais ils possèdent des inconvénients, d'abord celui d'être quelquefois difficiles à faire supporter et surtout d'entraver le libre jeu des organes thoraciques, sauf ceux dans la fabrication desquels le tissu élastique prédomine. On s'efforcera donc de mitiger pour ainsi dire leur action et de les réserver aux cas rebelles.

Les autres méthodes de traitement des déformations scolaires, que nous avons à passer en revue, se distinguent au contraire par la mise en pleine activité des muscles, et des muscles thoraciques en particulier, par l'augmentation de la capacité thoracique et l'harmonie des mouvements respiratoires (Marey); elles comprennent la gymnastique sous toutes ses formes, le massage, l'électricité.

Ce serait une erreur de croire qu'il suffit de prescrire tout simplement la gymnastique, sans autre détail ; une pareille ordonnance serait non seulement incomplète, mais pourrait devenir nuisible. La gymnastique rationnellement appliquée aux sujets sains, doit tendre à exercer d'une façon égale tous les muscles de l'économie; ce sont ces exercices qu'un maître expérimenté ferait exécuter à son élève. Or, notre but de corriger les déviations rachidiennes ne peut être atteint que par l'exagération des mouvements dans le sens de la convexité de la déformation, dans le sens du redressement, et que par l'abstention plus ou moins complète des mouvements qui portent le tronc dans le sens de la concavité de la courbure. Dans ces deux principes opposés résident toutes les indications du traitement physiologique, aussi bien par la gymnastique que par l'électricité et le massage.

On indiquera donc par une scoliose à convexité droite: tous les mouvements qui produisent l'élévation de l'épaule gauche, tous les mouvements qui abaissent l'épaule droite et tous les mouvements de flexion latérale du tronc à droite.

Défense absolue des mouvements en sens contraire; tous les autres mouvements *ad libitum*.

Pour une cyphose, on prescrira les mouvements de flexion en arrière avec interdiction de ceux en avant, pour une lordose, les indications seront en sens inverse.

Le saut doit être banni dans toutes les déviations, son effet étant d'exagérer momentanément les courbures du rachis par l'effet du choc des pieds sur le sol; mais, par contre, tous les exercices qui provoqueront l'extention de la colonne vertébrale auront une action salutaire pour la cure des déformations : suspension aux divers appareils, trapèze, barre, anneaux, échelle, soit avec les deux mains, soit plutôt avec la main qui correspond à la convexité de la scoliose.

On comprend tous les avantages qu'on pourra tirer des agrès, des appareils variés. Les uns, comme les haltères, les barres à boule, les massues de bois ou mils, agissent surtout en augmentant le poids du membre et exigent, pour l'exécution des mouvements, le déploiement d'une force d'autant plus grande que le poids en est plus lourd; ils sont donc capables d'amener plus vite la guérison; mais il ne faut pas oublier que l'exercice ne doit jamais aller à la fatigue, sous peine, en dépassant le but, de le manquer.

Qu'on ne croie pas que ce côté de l'orthopédie soit difficile à réaliser, car on a créé à cet usage une gymnastique spéciale, dite de chambre, pour laquelle on utilise les appareils les moins encombrants, comme les haltères ou les appareils à traction à liens de caoutchouc, qui opposent une résistance douce aux efforts d'écartement et qu'on peut combiner des manières les plus diverses.

Avec les grands appareils, nos ressources thérapeutiques s'accroissent en nous permettant de combiner l'effet des mouvements actifs et celui des pressions passives et mécaniques des agrès contre les régions du corps qui se mettent en contact avec eux. On a même inventé

Digitized by Google

des dispositions, particulièrement propres à faciliter la cure. L. Seeger donne, dans la *Wiener Klinik* de 1889, la description de quelques combinaisons applicables aux déviations du rachis.

L'une consiste en une planche suspendue (schwebebrett) par quatre barres à 40 centimètres du sol; les autres s'adaptent en général à une échelle pour produire une saillie légèrement rembourrée à un niveau donné (flügelbrett, polsterbrett); une autre consiste en une sorte de balançoire appendue à un échelon et qui porte, à la partie qui ne regarde pas l'échelle, un prolongement postérieur médian étroit (gurtenbrett).

C'est sur des appareils que se modèle pour ainsi dire l'élève, exagérant le redressement de sa déviation. Un autre spécimen consiste en un plan incliné sur lequel le malade est fixé à l'aide d'un système à peu près semblable à l'appareil de suspension pour les ataxiques; l'appareil de Sayre peut même être employé, mais sous la surveillance du médecin.

La méthode, dite suédoise, dans laquelle les contractions musculaires surmontent une résistance représentée par l'opposition du maître ou de l'élève au mouvement, trouve son application ici; mais il ne faut jamais perdre de vue que l'exercice cinésétique ne doit mettre en jeu que les muscles qu'on a en vue de fortifier et jamais leurs congénères de l'autre côté.

Ce même principe guidera le médecin dans les indications qu'il devra formuler s'il désire recourir à l'escrime, à la boxe, à la canne, etc. Il devra, par exemple, ordonner expressément de ne faire tirer que de la main gauche l'élève dont la déviation serait à connexité droite, autrement il exagérerait la déformation. Les jeux, comme le volant, la raquette, etc., peuvent servir d'auxiliaire à la gymnastique, à la condition que le praticien les règlemente, les adapte au but à poursuivre.

Le massage, qui n'est en somme qu'une sorte de gymnastique, n'aura pour être utile qu'à se conformer aux mêmes préceptes et à chercher non seulement à redresser manuellement la courbure, mais à tonifier les muscles qui se sont affaiblis. C'est encore ici l'affaire d'une stricte localisation dans les différentes manipulations. Au massage pourront se joindre les frictions excitantes.

Même recommandation pour l'électricité, qui peut encore plus agir, non seulement par groupes musculaires mais muscle par muscle. Son action, dans la déviation latérale à droite, par exemple, devra porter : 1° sur les muscles qui fléchissent la colonne (sacro-lombaire, long dorsal, carré de lombes) de ce côté; 2° sur ceux qui élèvent l'épaule gauche abaissée (partie antérieure du trapèze, faisceau postérieur du sterno-mastoïdien); 3° sur ceux qui abaissent l'épaule droite surélevée (grand dorsal, rhomboïde, tiers inférieur du trapèze).

Si nous résumons sous forme d'ordonnance les principales indications du traitement des déviations, dites scolaires, nous prescrirons : 1° médicaments toniques internes, médications toniques externes; 2° corset d'attitude, porté dans la journée, retiré pendant les exercices orthopédiques et la nuit; 3° gymnastique spéciale, une heure par jour environ, règlementation des jeux; 4° massage; 5° électricité.

H. Gillet.

RECUEIL DE FAITS

Notes sur quelques cas de grippe cardiaque, par M. le Dr Letort.

Pendant l'épidémie dernière, j'ai eu l'occasion de donner des soins à trois malades atteints d'accidents cardiaques consécutifs à la grippe. Ils m'ont paru intéressants parce qu'ils se sont produits alors qu'on pouvait considérer l'affection première comme à peu près terminée et que leurs symptômes simulaient exactement ceux de la paralysie du nerf pneumogastrique d'origine diphthéritique.

La grippe, affection éminemment infectieuse, ne produirait-elle pas une paralysie toxique du nerf phrénique?

Voici ces observations :

Obs. I. — Marie B..., âgée de treize ans, non réglée, éprouve le 13 janvier les premiers symptômes de l'influenza (céphalalgie, douleurs lombaires, etc.), qui cèdent très facilement à l'antipyrine. Puis légère bronchite consécutive qui guérit de même.

En somme rien de bien sérieux.

Le 20 janvier on peut considérer comme convalescente la petite malade, qui reste debout une partie de la journée et s'alimente comme avant sa maladie.

Le 21 janvier à dix heures du soir, on vient me chercher précipitamment, et je trouve la malade dans l'état suivant :

Elle est assise dans son lit, le visage angoissé, la peau recouverte de sueur froide, la respiration haletante. Le pouls est à peine perceptible; le cœur un peu ralenti d'abord, prend bientôt une allure plus rapide, mais ses battements sont faibles et comme étouffés. De temps à autre, l'enfant s'agite, pousse quelques cris. Elle se plaint d'étouffer et accuse une douleur violente au niveau de la moitié inférieure du sternum.

La petite malade habitant la campagne, à six kilomètres de toute pharmacie, je ne puis que lui appliquer de grands cataplasmes sinapisés en avant de la poitrine et sur les membres; je lui fais des frictions stimulantes aux mêmes régions. Je lui pratique plusieurs injections sous-cutanées d'éther et la fais entourer de boules d'eau chaude. J'essaie de lui faire avaler quelques gorgées de grog chaud, mais le mouvement de déglutition ne se fait que très difficilement.

Après une heure environ de souffrances, le calme revient peu à peu, les battements du cœur deviennent plus distincts, le pouls se régularise et devient plus sensible.

Comme traitement, je prescris une potion alcoolisée avec caféine un gramme. Deux granules de strychnine à un milligramme.

La journée du lendemain s'écoule assez calme, la malade se plaint de temps à autre d'étouffements.

Les battements du cœur et le pouls laissent beaucoup à désirer. Rien dans la poitrine.

Le soir vers neuf heures elle est reprise de suffocations absolument semblables à celles de la veille et qui se prolongent une partie de la nuit. Je fais plusieurs injections sous-cutanées avec la solution suivante :

Caféine pure.....	2 grammes 50.
Benzoate de soude.....	3 —
Eau distillée.....	6 —

Digitized by Google

que j'alterne avec les injections d'éther. J'emploie les mêmes moyens que la veille (frictions et sinapisation). Je n'avais pas sous la main d'appareil à électricité.

Je porte la dose de strychnine à quatre milligrammes par jour. Je continue la caféine à la dose d'un gramme. Un troisième accès se produisit la nuit suivante, mais beaucoup moins long et beaucoup moins violent que les précédents ; puis la convalescence s'établit définitivement. Pendant une huitaine de jours environ le malade a continué le traitement par la strychnine et la caféine; elle éprouvait de temps à autre des étouffements. Aujourd'hui, elle est complètement guérie ; j'ai eu l'occasion de l'examiner il y a peu de jours et elle n'a absolument rien au cœur.

Obs. II. — Mme C..., vingt-six ans, mariée depuis cinq ans, pas d'enfant, bien réglée, un peu anémique. A déjà été prise d'influenza à deux reprises différentes dans le Midi où elle passe une partie de l'année.

Je suis appelé près d'elle le 8 mars. Elle arrive de voyage et se plaint de céphalalgie violente, douleurs lombaires, etc., symptômes qu'elle connaît pour les avoir éprouvés déjà; aussi m'annonce-t-elle sans hésitation qu'elle est atteinte d'une troisième rechute d'influenza.

L'affection prend très rapidement la forme gastro-intestinale (langue sèche, vernissée, vomissements, diarrhée fétide). J'institue le traitement par l'antisepsie intestinale et au bout de quelques jours un peu d'amélioration survient, la malade commence même à s'alimenter. Toutefois, l'état général reste mauvais; et voyant un peu de faiblesse dans les contractions du cœur les 17 et 18 mars, je fais prendre une potion avec trente gouttes de teinture de digitale. Appelé près d'elle à la hâte dans la nuit du 19 mars, je constate l'état suivant :

Altération profonde des traits, les yeux expriment une grande anxiété ; le corps recouvert d'une pâleur générale, se refroidit en commençant par les extrémités. La malade est très agitée et se plaint fréquemment, le pouls est petit, irrégulier, inégal ; les bruits du cœur, présentant les mêmes irrégularités, sont sourds, profonds, à peine perceptibles. Cette faiblesse des battements du cœur s'accroît progressivement malgré tous mes efforts : (injections sous-cutanées d'éther, de caféine, sinapisation et frictions très énergiques, boissons cardiales que, du reste, la malade a de la peine à avaler) et la mort survient au bout de quelques heures.

Depuis le commencement du traitement j'avais eu plusieurs fois l'occasion de pratiquer l'auscultation du cœur de cette malade et n'y avais trouvé aucune affection ; non plus, du reste, qu'un de mes confrères qui lui donnait des soins en même temps que moi.

Obs. III. — M. B.. , trente-deux ans, marié, cultivateur, santé ordinaire excellente. Influenza de forme gastro-intestinale, début le 28 mars. Vomissements, diarrhée fétide, ballonnement du ventre pendant plusieurs jours. Rien au cœur. Le fait est contrôlé par un confrère du voisinage qui lui donne des soins avec moi.

Le 4 avril l'état général s'améliore, les selles, beaucoup moins abondantes, commencent à se former, la langue se nettoie, le malade a faim. On peut le considérer comme convalescent.

Le 6 avril, à quatre heures du matin, on me prie de l'aller voir de suite et je le trouve dans la situation suivante : la face est terreuse et un peu bleuâtre, les extrémités sont refroidies et cyanosées. Il se plaint d'étouffer et fait de grands efforts pour respirer, il accuse une violente douleur à l'abdomen et une sensation de constriction en ceinture à la base de la poitrine. Le pouls très affaibli bat environ 148 pulsations à la minute, il est régulier mais tremblotant. La respiration est précipitée et anxieuse, mais je ne découvre rien à l'auscultation.

Traitement : injections d'éther et de caféine alternées, frictions et sinapisation. La situation se maintient telle pendant plusieurs heures, puis peu à peu la respiration s'améliore et le malade reste somnolent une partie de la journée. Il prend du bouillon, du lait, un peu de vin. Potion avec un gramme caféine et alcool. Trois granules de strychnine à un milligramme. La première partie de la nuit se passe assez bien, mais la suffocation reprend vers les premières heures du matin le 7 avril, et se prolonge une partie de la journée. Je le vois vers le milieu de la matinée et j'avoue que j'étais bien loin d'être rassuré sur son état.

Même traitement que la veille, mais plus actif. Cinq à six injections de caféine sont faites dans l'espace d'une heure et demie. Je recouvre littéralement les membres refroidis et cyanosés de cataplasmes sinapisés, j'en fais mettre de même sur la poitrine. Le pouls se sent à peine et est incomptable ; les ailes du nez battent violemment et le malade pousse des cris d'angoisse ; je regrettais vivement alors l'absence d'un appareil à électrisation.

Cet état se prolonge jusqu'au soir, et quand je le quittai j'étais convaincu du dénouement fatal.

Je le revois le 8 au matin et je trouve un peu d'amélioration du côté du pouls et du cœur (battements moins éteints, pouls plus distinct). L'alimentation est suffisante, mais le malade se plaint de ne pouvoir dormir et d'éprouver de temps à autre des étouffements.

Je porte la dose de caféine à 1 gramme 50 par jour et la strychnine à 4 milligrammes.

Le 9, l'amélioration continue, la respiration est toujours un peu anxieuse, les battements du cœur affaiblis.

Depuis ce jour, les grandes crises ne se produisent plus. La convalescence fut longue et difficile ; maintenant encore, le malade se plaint de ne pouvoir respirer à son aise, mais il est debout une partie de la journée et s'alimente d'une façon suffisante.

Il prend chaque jour 0 gr. 50 de caféine, de la noix vomique et des toniques sous toutes les formes. Les battements du cœur sont encore bien faibles, et à la moindre marche plus rapide il est forcé de s'arrêter pour respirer.

On peut le considérer comme hors de danger, mais combien de temps durera cette atonie cardiaque?

Il a de plus un peu de parésie des membres ; il traîne la jambe et laisse parfois échapper les aliments qu'il veut porter à sa bouche.

Conclusion. — Ces trois observations m'ont fait penser que la grippe pouvait, comme la diphtérie, produire une paralysie toxique du nerf phrénique.

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

Guérison d'un cas de croup

Bédarieux, 29 mai 1890.

Appelé le 26 avril 1890 auprès d'un enfant de quatre ans vigoureusement constitué, je constatai des plaques diphtéritiques sur les amygdales et les piliers du voile du palais. La voix était éteinte ; la toux croupale ; un bruit de drapeau était perçu par le doigt au niveau des cordes vocales. Le tirage et l'asphyxie commençante indiquaient qu'il fallait agir sans retard.

Un vomitif fut administré et une abondante expulsion de fausses membranes eut lieu. L'indocilité de l'enfant m'empêcha de cautériser le fond de la gorge. En désespoir de cause, j'ordonnai la potion de M. Gouguenheim, à l'essence de térébenthine et au salol. En même temps, l'enfant respirait une atmosphère phénique.

Le 27 avril, les symptômes d'asphyxie s'étant accentués

Digitized by Google

l'opération fut proposée et repoussée par la famille, mais le traitement déjà employé fut continué. Le 28 avril, l'enfant, à mon grand étonnement, n'était pas mort. Il avait vomi un flot de mucosités et de fausses membranes. Depuis ce jour l'amélioration s'est manifestée et la guérison n'a pas tardé à survenir.

Dr Donadieu-Lavit.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

I. **Du paracrésotinate de sodium chez l'enfant.** — Ce médicament employé par M. Desunce (de Berne), serait un antipyrétique actif et non toxique.

On le donne aux enfants aux doses de 0,50 centigrammes à 1 gramme par jour, par fraction de 0,10 à 0,25 centigrammes (2 à 4 ans), en solution.

A côté de ses propriétés antithermiques, le paracrésotinate de sodium possède encore celles d'arrêter la diarrhée dans la gastro-entérite aigüe des jeunes enfants. Rarement il provoque des éruptions et plus rarement encore des vomissements. Son action se rapproche de celle du salicylate de soude, sans produire ni phénomènes congestifs, ni bourdonnements d'oreilles.

H. G.

II. **Du traitement de la néphrite aiguë chez les enfants.** — A cet âge, la maladie évolue souvent vers la guérison. C'est l'expectation qui convient donc contre elle : mais l'expectation *armée* dans tous les cas et *attentive* en raison des incidents éventuels : albuminurie, hématurie, collapsus cardiaque.

I. **Forme simple.** — On formulera ainsi l'expectation :

1° *Repos* d'autant plus sévère que l'albuminurie sera plus abondante. Température égale de la chambre. Point de refroidissements. Lotions tièdes sur la totalité du corps, suivies de frictions légères et de séjour au lit ;

2° *Régime lacté* intégral que l'on mitige ensuite par les aliments farineux préparés au lait ; l'addition de petites quantités de viandes ; de préférence, viandes blanches grillées et sèches. Peu ou pas de bouillon. Tolérer le vin dans les cas seulement d'extrême faiblesse et de collapsus menaçant ;

3° De temps en temps : *purgatifs* légers ;

4° Provoquer la *transpiration* par les sudorifiques ou bien des bains tièdes de dix à douze minutes de durée et à température croissante. Immédiatement après, enveloppement du malade dans des couvertures de laine chauffées.

II. **Formes compliquées.** — Il y a *hématurie* ; point de bains. Il y a des *complications pulmonaires* ; même prohibition.

Il y a *urémie* : stimulants pour éviter le collapsus et d'après les recommandations de Knoch (*Char. Annalen*, 1888), utilité des antiphlogistiques. Sur ce point, tout le monde n'est point en accord avec l'observateur allemand.

Ch. Eloy.

REVUE DES CONGRÈS

La section des sciences médicales. — Le congrès des Sociétés savantes de Paris et des départements, en 1890.

Suivant l'usage et avec le cérémonial habituel, les délégués de ces corps savants se sont réunis, cette année, le 27 et séparés le 30 mai.

La *section des sciences médicales* était présidée par M. Le Roy de Méricourt, avec le concours de M. Fabre pour assesseur. Le nombre des membres appartenant au corps médical était relativement petit. De plus, les communications touchant à la clinique et à la thérapeutique ont été assez rares, et, parmi elles, nous notons seulement les suivantes, dont les praticiens peuvent à la rigueur retirer quelque profit.

I. Clinique chirurgicale — **Des tumeurs du genre épithélioma.** — MM. Larabrie et Malherbe (de Nantes) se livrent depuis longtemps à leur étude histologique. Parmi elles, ils caractérisent les suivantes :

1° L'*épithéliome calcifié* : tumeur en général bénigne, dont les cellules épithéliales sont calcifiées et qui se développe par transformation des cellules géantes, ou envahissement calcaire des cellules épithéliales.

2° L'*épithéliome polymorphe*, dont le siège habituel est les glandes buccales et salivaires. Leur trame conjonctive est polymorphe, contenant tout à la fois des tissus fibreux, muqueux, cartilagineux ou osseux.

Sa marche est lente et bénigne. Elle ne s'aggrave que sous l'influence de l'âge ou d'un traumatisme accidentel ; alors l'élément épithélial se développe et prend le dessus sur l'élément conjonctif qui jusque-là l'étouffait. On l'a vu dans ces circonstances revêtir les caractères du cancer.

Ici donc, on ne peut méconnaître l'utilité de l'analyse histologique, quand on est appelé à formuler le pronostic ou le diagnostic de l'une de ces tumeurs. C'est à ce point de vue que la communication de nos savants confrères nantais offre un intérêt pratique.

II. Clinique médicale. — 1° **La folie carbonique.** — Ce mémoire arrive à son heure, après les discussions dont l'emploi des poêles mobiles a été l'objet, et pour démontrer l'action d'un empoisonnement lent par l'oxyde de carbone sur les centres nerveux.

M. Moreau (de Tours) a observé des cas dans lesquels cette action toxique se traduisait par des psychopathies. Il estime donc que l'oxyde de carbone provoque des troubles intellectuels ayant des caractères cliniques particuliers : absence de prédisposition héréditaire, vertiges, éblouissements, dyspnées, syncopes, hallucinations de la vue et de l'ouie, puis obtusion intellectuelle dans les formes graves, délire des persécutions.

Le pronostic de cette folie varie avec l'âge du sujet. Est-il jeune et peut-on intervenir à temps ? La guérison se produit et persiste, à condition de soustraire définitivement le malade à une nouvelle intoxication.

Le sujet est-il âgé, alcoolique ou en puissance d'une rechute ? Le pronostic s'aggrave et la folie peut devenir incurable.

Le traitement doit être à la fois hygiénique et médicamenteux : *hygiénique*, par l'emploi de la balnéation tiède et de l'hydrothérapie ; *médicamenteux*, par l'administration des bromures alcalins et du bromhydrate de quinine. Enfin, est-il besoin de le dire, il sera *prophylactique* par l'éloignement de toutes les causes exposant le malade à l'influence des gaz délétères.

2° **La grippe dans une mine.** — Après la récente épidémie d'influenza, il faut s'attendre à entendre parler de la grippe dans les Congrès. Deux orateurs s'en sont occupés, et l'un, M. Fabre, l'a étudié sur les mineurs de Commentry.

Elle a sévi parmi eux à la fin de décembre ou au commencement de mars, attaquant avec une violence et une rapidité plus grandes les ouvriers de cette mine que les habitants de la ville. En outre, elle se propageait plus volontiers sur le personnel employé aux travaux souterrains que sur celui de l'extérieur.

M. Fabre aurait pu conclure, ce semble, que voilà un argument en faveur de la contagion de la grippe, puisqu'elle s'attaquait avec plus de violence à des ouvriers qui, par leurs occupations, ont entre eux des relations continuelles dans un milieu presque fermé.

Digitized by Google

3° Des rapports de la grippe et des maladies du système nerveux. — L'autre travail est dû à M. D. Blocq. Il avait pour objet de confirmer des faits qui, d'ailleurs, ont été notés par d'autres observateurs anciens ou modernes et qui se rattachent à la question, souvent discutée par les auteurs, de l'influence des maladies aiguës sur le développement des affections du système nerveux.

La grippe ne fait donc point exception à cette loi de pathologie générale. M. Blocq l'affirme, et c'était une déclaration à laquelle, en bonne justice, on devait s'attendre.

Certaines névropathies sont donc nettement grippales et résultent de la localisation de l'influenza sur le système nerveux : ce sont des *névropathies grippales primitives*.

D'autres ont pour origine des infections secondaires. Elles sont donc encore grippales; mais au point de vue nosologique elles forment le groupe des *névropathies grippales secondaires*.

Enfin la grippe peut jouer le rôle d'agent provocateur et détermine l'éclosion d'accidents nerveux chez les individus prédisposés, ou leur retour chez ceux qui antérieurement en ont déjà été atteints. Ce sont là des *névropathies grippales occasionnelles*.

II. Thérapeutique. — **Des propriétés physiologiques et toxiques du phénol camphré.** La thérapeutique est un domaine que les membres du Congrès des Sociétés savantes explorent. Par une exception heureuse, MM. Combemale et François (de Lille) ont fait connaître les résultats de leurs essais expérimentaux avec le phénol camphré.

Ce corps est analogue, par ses propriétés antiseptiques, avec le naphtol camphré et le salol. On l'admet du moins. Par contre, quel est son degré de toxicité et son mode d'action?

MM. Combemale et François l'ont administré à des cobayes et à des chiens. Aux doses de 0,60 par kilogramme, il provoquait des vomissements, l'oligurie et l'hypothermie. A plus hautes doses, on observait de l'hématurie et des attaques épileptiformes. Les lésions anatomiques de cette intoxication étaient la congestion des viscères : poumon, cœur, rein, encéphale, et localement une nécrose des tissus au niveau des injections.

Son mode d'action serait donc celui de l'acide phénique, car ces phénomènes observés pendant la vie et les lésions constatées après la mort correspondent aux phénomènes physiologiques et aux altérations viscérales de l'empoisonnement par l'acide phénique. Ces faits sont d'intérêt thérapeutique car ils donnent l'explication de l'action antiseptique des préparations pharmaceutiques obtenues en liquéfiant le camphre dans le phénol et le naphtol. Ces préparations ne sont donc pas des combinaisons classiques du phénol ou du naphtol, mais le résultat d'une simple véhiculation de ces agents antiseptiques par le camphre qui joue, à leur égard, le rôle d'un dissolvant.

Voilà, ajouterais-je, un motif pour soupçonner des variations dans la composition de ces médicaments antiseptiques et une suffisante raison pour user de prudence quand on les prescrit.

Ici s'arrête le compte-rendu de ce Congrès au point de vue de la médecine pratique. Je signalerai cependant, à ceux que ces questions intéressent, les mémoires de M. Dupuy sur la *toxicité des alcools impurs*; de M. Boinet, sur la *lèpre au Tonkin* ; de M. Livon, sur la *physiologie de la glotte* ; de M. de Montessuis, sur les *métrites parenchymateuses* ; de M. Spilleman, sur le *traitement de la syphilis*; de M. Doyen, sur les *résultats de la méthode antiseptique*; de M. Fabre, sur la *pathologie des houillières*, question dont notre confrère de Commentry a déjà entretenu l'Académie et de M. Gaudichier, sur les *accidents cérébraux de la syphilis*; accidents auxquels il consacrait sa thèse inaugurale en 1886 et dont il démontre la croissante fréquence.

(1) Voir : *Revue générale de clinique et de thérapeutique*. (n° 22, 1890).

Ceci dit, la section des Sciences médicales s'est séparée pour s'ajourner à la prochaine session. Espérons qu'en 1891, la moisson de travaux originaux sera plus abondante pour nous autres praticiens. En attendant remercions ceux de nos confrères des départements qui, par un effort de bonne volonté scientifique, sont venus à Paris cette année, dans le but fort louable de la rendre moins infructueuse. C'est du dévouement.

K. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (25 avril 1890). I. *Le prurigo de la processionnaire.* (14 mai 1890). II. *De l'antisepticité des sels de cuivre.* — **Société des sciences médicales de Lyon** (avril 1890), III. *Traitement ultra-abortif de la blennorrhagie.* — **Société de médecine de Nantes** (2 mai 1890). IV. *Les vaporisations d'eucalyptus dans la diphtérie.*

I. **Le prurigo de la processionnaire.** — Cette affection, on le sait, est causée par la chenille processionnaire, larve du *Bombya pithyocompa* ou plutôt par le contact des chenilles, des objets qu'elles ont touchés, ou de la poussière qui provient de leurs nids. Un observateur distingué, M. Lalesque, vient de décrire les caractères de ce prurigo : Il est papuleux, et les papules s'accompagnent d'érythème simple ou fendille et d'urticaire. Ces deux formes n'existent jamais isolément et sont moins fréquentes.

Le prurigo de la processionnaire a les dimensions d'un grain de millet ou d'une tête d'épingle, et possède une coloration rosée. Chacune de ses papules se tiennent par une gouttelle de sang coagulé ou une nontelle noirâtre. S'il existe des excoriations, elles sont dues au grattage.

Le prurit est nocturne, et survient une heure ou deux après le coucher. M. Lalesque l'attribue à l'action d'un liquide spécial et irritant dont les poils de la chenille sont enduits et non pas comme M. Laboulbène l'a écrit, à la forme acérée et dentelée des poils dont l'extrémité se briserait dans les tissus.

Le siège de l'eruption est variable. Elle affecte surtout, cela va sans le dire, les parties du corps qui sont découvertes. Ses effets généraux sont nuls et jamais, contrairement à l'avis de M. Laboulbène, on n'observe ni fièvre, ni réaction. Sa durée n'excède pas six à huit jours et sa guérison est obtenue aisément par des bains amidonnés et des onctions avec un corps gras quelconque, tel que la vaseline boriquée et cocainée.

Les recherches de M. Lalesque sont donc d'un haut intérêt. Elles démontrent les exagérations de certains auteurs et infirment des assertions d'autant moins motivées qu'elles n'étaient pas justifiées par une observation attentive des faits. *Experto crede Roberto*: si M. Laboulbène rédige un jour une nouvelle édition de ses travaux, il aura tout avantage, je pense, à méditer le mémoire de M. Lalesque.

II. **De l'antisepticité des sels de cuivre.** — Un de nos collaborateurs distingués de la province, M. le Dr Luton, a fait connaître dans ces colonnes (1), les services que les sels de cuivre peuvent rendre comme agents médicamenteux contre la tuberculose. Les expériences ingénieuses de M. Carles (de Bordeaux) confirment, en les justifiant, les conclusions formulés par notre savant collaborateur rémois, sur la puissance antiseptique de ces mêmes sels.

Il a voulu démontrer que le sulfate de cuivre peut jouer le rôle d'un antidote de certains virus.

(1) *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1888 et 1889.

Digitized by Google

A cet effet, ce sel fut administré à des lapins et à des moutons. Les uns et les autres le supportent très bien et durant des mois par voie stomacale (jusqu'à 1 centigramme par jour pour les lapins et 5 centigrammes pour les moutons), soit en nature, mélangé à du son ou répandu en solution sur des herbages secs, soit combiné avec des herbages verts que l'on arrosa pendant plusieurs semaines avec sa solution très étendue.

Par injections hypodermiques, la tolérance cessa pour les lapins à la dose de 25 miligrammes par jour et par kilogramme d'animal. Or, en inoculant à ces lapins du virus charbonneux atténué, ils le supportent très bien et peuvent vivre plusieurs mois à la suite, tandis que les individus du lot des animaux témoins et n'ayant jamais pris de sel de cuivre, succombaient dans la journée.

Cependant, si à d'autres lapins traités préventivement par le cuivre on inoculait un virus charbonneux d'un degré de virulence suffisant pour tuer des moutons, ces mêmes lapins meurraient comme leurs témoins, mais avec cette différence que leur mort serait toujours retardée, par la présence du cuivre, de plusieurs heures à une journée.

Voilà donc la preuve que les animaux supportent facilement les sels de cuivre à dose réfractée, et qu'ainsi traités ils deviennent réfractaires au virus charbonneux atténué.

Inutile d'insister plus longuement sur ces faits. Ils donnent raison des observations remarquables de M. Luton et font espérer que, dans cette voie, on trouverait peut-être des agents efficaces d'antisepsie du milieu intérieur.

III. — **Traitement ultra-abortif de la blennorrhagie.** — Que son action soit astringente, escharotique ou antimicrobienne, le nitrate d'argent a fait ses preuves contre cette affection. Comment agit-il? En raison directe de son degré de concentration M. Diday l'affirme, et, de plus, veut que l'injection fasse souffrir, car la douleur permet, dit-il, de mesurer la durée pendant laquelle on fera séjourner le liquide dans l'urèthre.

Le malade ressent-il une douleur aiguë, instantanée et continue? On doit laisser le liquide pendant 18 ou 20 secondes, au plus, dans l'urèthre. Si la douleur est tolérable, on l'y conservera jusqu'à deux minutes. Bref, il faut souffrir pour guérir.

Voici comment M. Diday emploie *la solution forte de nitrate d'argent*, ainsi formulée :

Nitrate d'argent, 1 gramme;
Eau distillée, 20 grammes.

Il la laisse séjourner dans le canal durant un temps aussi long que possible. Il avertit le malade qu'il doit, pour guérir, supporter la douleur, et la douleur est, à son avis, le critérium de l'effet thérapeutique. Voilà donc un motif pour blâmer les injections analgésiques préalables. Elles sont contre-indiquées. On le voit, le principe du traitement est ancien; mais les considérations que M. Diday fait valoir ne manquent point d'originalité.

IV. — **La vaporisation d'eucalyptus dans la diphtérie.** — Le pouvoir antiseptique de ces vapeurs a été démontré par Petresco (de Buckarest), Keldyck, Ilinylay et Martin. A Nantes, M. Bonamy les recommande depuis longtemps et préfère leur emploi à celui des potions à l'eucalyptus.

Les discours qu'il rapporte et ceux qu'il a fait connaître antérieurement constituent une série de vingt-cinq diphtéritiques, croup, angine et bronchite; dans laquelle on note seulement quatre décès. Les conditions du succès dépendent du soin avec lequel on réussit à saturer l'atmosphère de la chambre des malades avec les vapeurs de l'infusion d'eucalyptus. Du reste, pour donner un exemple de cette médication, voici une ordonnance formulée dans un cas de laryngite et de bronchite diphtéritiques, terminé d'ailleurs par la guérison :

1° Alimenter le malade par des bouillons et des potages;

2° Usage de l'eau de Vichy;

3° Potion au chlorate de potasse et à la teinture d'eucalyptus; potion au perchlorure de fer et au sulfate de quinine;

4° Localement, attouchement sur les plaques du pharynx avec le collutoire au camphre et à l'acide phénique, selon la formule de M. Gaucher.

5° Vaporisations constantes avec l'infusion d'eucalyptus.

Ces prescriptions montrent que l'emploi de l'eucalyptus ne doit point passer pour une médication systématique. Il faut l'associer à l'usage des autres médicaments. C'est donc un auxiliaire utile des traitements antiseptiques plus classiques de la diphtérie des voies aériennes.

N. D.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 mai 1890

Présidence de M. le Dr Terrier

Traitement du cancer du rectum par la méthode de Kraské. — M. Reclus a pratiqué cette opération chez un homme de quarante-sept ans, dont la tumeur située à cinq centimètres au-dessus de l'ampoule rectale était petite, dure, arrondie, facilement saignante, comprenant toute la circonférence de l'intestin, mais mobile et sans adhérence avec les organes voisins. Après la résection de la tumeur, M. Reclus sutura facilement les deux bouts du rectum en conservant les sphincters. Le résultat fut excellent et le malade guérit sans fistule. Dans des conditions aussi favorables, il estime que l'opération de Kraské est préférable à la création d'un anus iliaque; elle donne les meilleurs résultats quand le cancer est petit, mobile, peu adhérent; on peut alors espérer avoir fait une extirpation radicale. Elle donne, au contraire, une mortalité considérable quand la tumeur est grosse et très étendue.

M. Berger. — Un diagnostic complet comme siège et comme étendue est quelquefois fort difficile à porter pour les cancers du rectum, en voici un exemple : un homme de quarante ans entre dans le service avec un cancer rectal dont le doigt ne pouvait dépasser nettement la limite supérieure; il était annulaire, semblait mobile, exempt d'engorgements ganglionnaires. Comme la santé générale était, en outre, très bonne, l'opération de Kraské fut décidée. Après avoir fait la résection du coccyx et d'une partie du sacrum, M. Berger trouva une masse énorme de ganglions lymphatiques et de bine cellulaire infiltré faisant corps avec la tumeur et remontant jusqu'à l'angle sacro-vertébral. Une hémorragie abondante survint pendant l'extirpation de cette masse et du néoplasme; la plaie fut tamponnée avec de la gaze iodoformée, puis suture des deux bouts de l'intestin. Le tamponnement fut enlevé et la plaie refermée. L'opération avait duré deux heures et était restée incomplète. Le lendemain le malade présenta tous les symptômes d'une intoxication aiguë par l'iodoforme et succomba le troisième jour. Cette observation qu'il est fort difficile de faire le diagnostic de l'étendue du cancer et de l'envahissement des lymphatiques logés dans la concavité du sacrum.

M. Pozzi rapporte un cas malheureux d'opération de Kraské qu'il a pratiquée chez une femme atteinte d'un cancer rectal peu accessible au doigt et présentant de plus tous les signes d'un étranglement interne. Il s'agissait d'un énorme cancer de la partie supérieure du rectum et de l'S iliaque. M. Pozzi termina l'opération en faisant un anus sacré avec le bout inférieur de l'S iliaque. La malade mourut le quatrième jour. Il est d'avis que si l'on se trouve en présence d'un cas inopérable, il est préférable d'interrompre l'opération et de créer un anus iliaque.

M. Terrier. — L'opération de Kraské est indiquée quand le

Digitized by Google

cancer est peu étendu, annulaire, mobile, ne s'accompagnant pas de phénomènes d'étranglement, et lorsque la partie inférieure du rectum est saine, ce qui permet de conserver les sphincters. Quand il existe un obstacle au cours des matières, il faut faire d'abord un anus contre nature, parce qu'on ne peut désinfecter l'intestin.

Cure de la cystocèle vaginale. — M. Tuffier présente un mémoire sur la fixation de la vessie à la paroi abdominale antérieure pour la cure de la cystocèle vaginale.

Dr H. Marciguey.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Seance du 20 mai 1890

Présidence de M. le Dr Dumontpallier.

Pleurésie purulente grippale. — M. Letulle rapporte une observation de pleurésie purulente dont l'épanchement présentait de nombreux bacilles encapsalés de Friedlander. Il s'agissait d'une pleurésie interlobaire gauche, consécutive à la grippe, chez un homme de 30 ans, et qui se termine par plusieurs vomiques purulentes. La guérison fut donc spontanée. Les cultures du microbe isolé dans le pus reproduisirent un microbe ovoïde, court, encapsulé, diplocoque, indentique au bacille de Friedlander. On sait que cet élément est excessivement rare dans les pleurésies purulentes, qui ne sont pas son habitat accoutumé, c'est à ce titre que M. Letulle rapporte cette observation.

M. Netter en a rapporté deux autres cas, malgré la rareté de ces faits, l'un observé chez un tuberculeux avec pneumothorax suivi de mort (la plèvre renfermait plusieurs espèces de bacilles) ; l'autre dans une pleurésie purulente circonscrite, peut-être interlobaire, et guérie par vomique. L'épanchement ne contenait que le bacille de Friedlander.

On retrouve ce bacille, dont le rôle semble avoir perdu de son importance, dans certaines bronchopneumonies dans les septicémies, les otites, les méningites suppurées, l'endocardite infectieuse. Ces observations démontrent qu'un même microbe peut déterminer des accidents nombreux, présentant divers degrés de gravité.

H. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 juin 1890

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

Présentations. — Compte-rendu du Congrès international de thérapeutique. — M. Lardier : Revaccination obligatoire dans les écoles, variole et vaccin dans les Vosges.

Antisepsie médicale et prophylaxie des maladies contagieuses. — M. Grancher établit qu'il faut : 1° préserver la famille des maladies de la contagion ; 2° préserver le malade, dans les hôpitaux, contre ses voisins. Pour cela, deux moyens: l'isolement et l'antisepsie. La seconde semble suffire en chirurgie et en obstétrique, mais, en médecine la chose est plus compliquée, les voies et les procédés de contagion étant plus nombreux et moins connus. L'isolement a eu la préférence des médecins et de l'Administration. Cependant les pavillons d'isolement pour la rougeole et la diphtérie n'ont pas donné les résultats qu'on espérait. Les cas intérieurs n'ont pas diminué. Les cas extérieurs ont diminué dans les salles, mais, les erreurs de diagnostic sont assez nombreuses pour entretenir dans les salles le même chiffre de morbidité.

L'isolement tel qu'il est pratiqué ne suffit donc pas pour la rougeole et la diphtérie. L'administration vient de créer un service de consultation et de sélection permanent et va construire un pavillon pour les malades suspects et douteux. Le nombre des diphtériques et des rubéoleux diminuera donc, mais la contagion intérieure ne sera pas supprimée par suite d'erreurs de diagnostic. Aussi une solution plus radicale est-elle à l'étude : il s'agit de construire des lazarets et des hôpitaux suburbains pour les affections contagieuses.

On n'a pas encore trouvé la formule de la lutte contre ces maladies. D'après M. Grancher, l'antisepsie médicale peut rendre des services : elle est le complément obligé de l'isolement. A l'hôpital des Enfants, où on manque de tout, les frais d'installation ont été assez considérables. L'antisepsie médicale comprend pour chaque malade trois moyens : un paravent en toile métallique, un panier en fil de laiton, une infirmerie. Le premier sert à isoler le rubéoleux ou le diphtéritique pendant tout son séjour à l'hôpital. L'enfant ne souffre pas de cette claustration, car il peut voir ce qui se passe dans la salle par les mailles du paravent. Le panier sert à contenir tous les objets ayant servi aux repas du malade. Il est plongé avec son contenu dans de l'eau bouillante chaque fois que les objets ont servi. L'infirmière doit être seule à aborder l'enfant en quarantaine. Elle doit se laver les mains avec la solution de sublimé aussitôt qu'elle l'a touché, avant de passer à un autre enfant.

Les résultats donnés par ces moyens de prophylaxie n'ont pas été très encourageants pour la rougeole. Cet échec vient de ce que, dans cette affection, la contagion s'exerce avant que la maladie soit soupçonnée.

La rougeole ne frappe pas dans une salle tous les enfants susceptibles de la prendre; le plus grand nombre échappe. Plusieurs cas de contagion semblent avoir eu pour agents les mains de l'infirmier. La rougeole, comme la diphtérie, se transmet par les mains et les vêtements contaminés. L'atmosphère semble bien moins dangereuse.

Pour la diphtérie, la prophylaxie est plus facile. Depuis que les mesures signalées par M. Grancher sont appliquées, il n'y a eu qu'un seul cas intérieur, encore ce cas est-il douteux. Avant 1889, il y avait eu 19 cas de contagion dans les salles. L'antisepsie médicale consiste donc : 1° à réduire au minimum les contacts suspects; 2° à désinfecter les objets ayant servi aux malades au moyen de l'étuve à vapeur sous pression et de la liqueur de van Swieten.

Observation de fracture du crâne. — M. Routier présente un malade qui était tombé d'un premier étage. Il put regagner à pied son domicile; mais, une fois couché, une hémiplégie droite se déclara, et bientôt la perte de connaissance fut absolue. Se fondant sur l'apparition graduelle des accidents, M. Routier, le lendemain, diagnostiqua une rupture de l'artère méningée moyenne. En effet, il existait une fracture du crâne, et, la plaie une fois débarrassée des caillots, on constata l'exactitude du diagnostic. Devant la difficulté de lier l'artère, M. Routier bourra la plaie avec de la gaze iodoformée et du tannin. La plaie fut suturée. Quatre heures après, la connaissance était revenue et était complète le lendemain. Mais il y avait de l'aphasie causée par la compression exercée par la gaze et qui disparut lorsque celle-ci fut enlevée.

Cure de la tuberculose par l'air. — M. Darembert a traité quelques-uns de ses malades par le procédé en usage à Falkenstein.

M. Dujardin-Beaumetz, à propos de cette communication, tient à dire quelques mots du nouveau traitement de la phtisie par l'air chaud. Ce procédé a été expérimenté dans son service. Une publicité éhontée a été faite et a mis en usage des conclusions fausses. Le procédé P. Weigert a été expérimenté par Rondelli et Mosse qui ont montré que l'air surchauffé, en pénétrant dans le poumon, perdait sa température et que la méthode

Digitized by Google

n'avait que des conséquences funestes. E. Rumi, n'a constaté aucun résultat favorable. Au contraire, la respiration forcée, pratiquée dans le procédé de Weigert, hâte la marche de la maladie. M. Dujardin-Beaumetz est arrivé aux-mêmes résultats.

M. C. Paul. — Dans certaines stations, quand l'air a sa température élevée au-dessus d'un certain point, les malades souffrent et dépérissent. Cela confirme ce que vient de dire l'auteur.

M. Verneuil trouve prématurées les conclusions de M. Dujardin-Beaumetz. Il a expérimenté le traitement par l'eau chaude dans certaines tuberculoses périphériques (pied, poignet), avec de bons résultats. M. Clado possède une observation de phtisie laryngée, dans laquelle le traitement a été bien supporté. A la suite de ce traitement, les bacilles ont disparu. M. Verneuil ne dit rien de la tuberculose pulmonaire : ce n'est pas son terrain.

M. Dujardin-Beaumetz ne s'élève pas contre ce que dit M. Verneuil au sujet des tuberculoses locales. Le procédé peut être excellent quand on a le bacille sous les yeux, mais il n'en est pas de même quand il s'agit du poumon. Il n'y a pas un seul travail démontrant l'utilité du traitement de Weigert.

M. Verneuil ne s'occupe pas de la tuberculose pulmonaire. Il tient seulement à dire, contrairement à M. Dujardin-Beaumetz, que le traitement est bien supporté.

Elections. — M. Cadet de Gassicourt est élu membre titulaire dans la section de pathologie interne par 63 voix sur 75 votants.

F. R.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Un essai de déontologie chirurgicale. — La chirurgie qui est honnête et celle qui ne l'est pas.— Toujours les Universités régionales. — L'Ecole de service de santé de la marine. — Une élection à l'Académie.

La leçon par laquelle M. Duplay vient d'inaugurer son cours de clinique à l'hôpital de la Charité, et que la *Revue scientifique* vient de publier, a mis en émotion certains habitants de Landernau.

Ces citadins, qui se livrent à la chirurgie à outrance, trouvent qu'en parlant sur la *médecine antiseptique et la clinique*, le sympathique professeur a fait beaucoup trop de déontologie chirurgicale.

Tant mieux, ce me semble, car on ne saurait trop répéter avec lui, « que le chirurgien honnête ne peut » oublier qu'il tient entre ses mains la vie de ses sem- » blables et doit placer avant toute autre considération, » l'intérêt du malade qui s'est confié à lui ».

On ne saurait en effet assez blâmer les accès de *folie opératoire*, un mot exact exprimant un mal trop répandu, et applicable « non seulement à l'accroissement abusif » du nombre des opérations, mais encore plus à la na- » ture même de ces opérationst qui parfois révoltent le » sens commun ou même le *sens moral*. »

M. Duplay a désigné, sans toutefois les nommer, « les causes du délire opératoire ».

« Parmi elles, dit-il, il en est un certain nombre » d'ordre moral ou plutôt d'*ordre immoral*... » Il veut, ajoute-t-il, « croire que tout chirurgien est un honnête » homme, et que l'idée du lucre ou tout autre motif » extra-scientifique ne peut jamais le déterminer à faire » une opération qui ne doit pas être faite ou qui n'est » pas nettement indiquée. »

Nous aussi, cher et honoré professeur, nous voulons le croire avec vous. Cependant cette bonne volonté nous engage à vous adresser une prière : celle de vous engager à revenir, dans le cours de vos leçons, sur ces préceptes de déontologie chirurgicale dont l'enseignement est vraiment fort désirable.

Dans le groupe des opérateurs de profession, tout le monde n'est pas de cet avis. Cela s'explique.

Dans celui des chirurgiens par conviction, on le partage volontiers et on applaudit à vos paroles. Voilà le plus urgent. En cela, l'enseignement chirurgical que M. Duplay vient d'inaugurer obtiendra l'estime universelle de nos confrères ! Cette leçon magistrale est donc à la fois une profession de foi et un exemple. Elle mérite d'être lue et relue. Faut il en féliciter plus longuement le professeur? Non ! ce serait lui faire une injure et oublier qu'il a toujours été un récidiviste quand il s'agissait d'actes de courage scientifique et d'exemples de haute probité chirurgicale.

On pourrait proposer dans le même ordre d'idées, la création d'un prix Montyon en faveur de la modestie opératoire. Je crois que l'Institut s'en occuperait opportunément s'il n'avait pas autre chose à faire. C'est fâcheux.

Les prix de ce genre récompensent d'ordinaire la vertu acquise ; eh bien, ne serait-il pas urgent de provoquer cette vertu par l'enseignement ?

*
* *

Les jeunes Universités provinciales dont on nous promet l'éclosion prochaine, pourraient donc instituer ces chaires de déontologie, dont le besoin paraît de plus en plus pressant.

Cette innovation ne manquerait pas d'originalité. Et puis, ne la croyez-vous pas nécessaire pour rendre un jour moins âpre cette ardente concurrence que ces Universités se font déjà avant d'avoir vu le jour ?

Comment ne pas en redouter les futures conséquences ? Voyez plutôt. Les fêtes de Montpellier n'étaient pas achevées que Toulouse, par la voix de son conseil municipal, réclamait une Université avec la promesse d'un prochain voyage présidentiel. L'une va, paraît-il, avec l'autre. Après l'Université de Rabelais, l'Université de Clémence Isaure.

Le surlendemain Marseille réclamait à son tour. Aux délégations qui s'en retournaient en passant par la Canebière, on y annonçait l'avènement futur de l'Université provençale.

Le discours du ministre de l'instruction publique aura donc eu de l'écho. Au lieu d'une seule Université, la Provence en possèdera trois. Une, c'était assez ; trois, ce sera beaucoup ; les gens modestes le pensent ; mais à Marseille, à Toulouse et à Montpellier, on juge autrement.

Il ne faut s'étonner de rien ; et à défaut d'une seule tête, on nous en montrera donc trois, dans le même bonnet universitaire.

Digitized by Google

*
* *

Pendant ce temps les Bordelais demandent et obtiennent l'installation dans leur ville de l'Ecole du service de santé de la marine. C'est un succès dont il faut féliciter la faculté de médecine girondine et une récompense que son activité scientifique méritait bien. Seulement, ne remarquez-vous pas que quand le Midi s'agite, ce sont Montpellier, Marseille et Toulouse qui le mènent, mais c'est Bordeaux qui en profite.

*
* *

L'Académie hésitait paraît-il, et en raison de son hésitation, redoutait depuis longtemps l'élection d'un membre dans la section de pathologie interne.

Il y avait de quoi hésiter et, dans le Sénat médical, trois partis se trouvaient en présence. Celui de droite — on dit, mais je n'en sais rien, que ces membres sont de l'Université — proposait M. Dieulafoy, professeur à la Faculté de Paris ; celui du centre, qui compte beaucoup de militaires, voulait faire choix de M. Kelsch, le savant professeur à l'Ecole du Val-de-Grâce ; et celui de gauche, où il y a quelques médecins des hôpitaux, adoptait la candidature de M. Cadet de Gassicourt, l'un des représentants les plus aimés de l'enseignement clinique dans les hôpitaux.

De ces trois candidats, le comité secret de mardi dernier avait désigné ce dernier pour être inscrit en première ligne sur la liste de présentation.

En séance publique l'Académie a ratifié ce choix. Nous l'espérions et nous l'en félicitons, l'élection de M. Cadet de Gassicourt étant à la fois un acte d'équité scientifique et un hommage rendu à la probité professionnelle.

Ch. Eloy.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

Un programme d'autonomie des Universités. — Extrait du *Progrès médical* du 31 mai 1890 et d'un article de notre honorable confrère M. Bourneville :

Partisan en politique, de l'autonomie communale, nous ne voyons aucun danger à l'autonomie des Universités provinciales. L'Etat a le devoir de surveiller leur fonctionnement, d'exiger la réalisation d'un programme minimum d'enseignement. Les Universités, suivant leurs ressources, pourraient aller au delà de ce programme, multiplier leurs chaires, leurs laboratoires, leurs instituts. La personnalité civile des Universités étant admise, ces créations seront possibles, grâce aux dons, aux legs, aux subventions qu'elles ne manqueront pas de recevoir. Dans la généralité des cas, le Conseil général des Facultés d'aujourd'hui, devenu Conseil de l'Université, sera toujours un juge bien plus compétent que les bureaux routiniers du ministère de l'instruction publique, des avantages que peuvent comporter ces créations et des améliorations à introduire dans leur Université.

Cet avis plein de franchise est celui de l'*autonomie radicale*. On a le droit de ne point le partager, mais on a le devoir d'en proclamer la sincérité.

Autre opinion : c'est celle de l'*autonomie mitigée*, et de la *Gazette hebdomadaire* du 31 mai dernier :

Les Universités nouvelles seront reconnues d'utilité publique. Leurs professeurs pourront être autorisés à se faire directement rémunérer par leurs élèves et ceux-ci, libres de suivre les cours qui sembleront les plus utiles, assureront bientôt la renommée des maîtres les plus zélés, les plus dignes des hautes fonctions qu'ils seront appelés à remplir.....

Et l'on ne verra plus, comme il est arrivé souvent un agrégé, quels qu'aient été ses titres antérieurs, monter dans une chaire quelconque, par cela seul que son tour était venu.

Enfin, l'autonomie des Universités exigera que celles-ci obtiennent la collation des grades jusqu'à celui d'agrégé. La centralisation à Paris des concours d'agrégation ne sera plus possible le jour où les Universités provinciales réclameront leur complète autonomie.

Très bien, confrère distingué qui, sans le signer, avez rédigé ce premier Paris. L'anonymat ne vous sauvera pas de mes félicitations compromettantes.

Depuis longtemps, le *Journal des Praticiens* a pris et suit résolument la route des revendications en faveur de la réforme de l'enseignement de la médecine. Voici qu'il qu'il y trouve des compagnons ; il s'en félicite et il les félicite. N'est-on pas toujours heureux de rencontrer des voyageurs qui se rendent à Rome, même en passant par Canossa ?

Les bibliothèques des médecins de campagne. — La *Revue médicale de Louvain* revient encore une fois sur l'œuvre entreprise par un médecin belge, M. Van Weddingen, et fait remarquer que :

« Le praticien du village n'est pas riche et que la dureté du temps lui rend la lutte pour l'existence plus ardue. Il lui importe cependant de se tenir au courant des progrès de la science, non pas dans une seule direction, comme son confrère le spécialiste des grandes villes, mais dans toutes les directions : appelé à tout traiter il doit tout connaître. C'est pour lui un devoir et pour sa clientèle une nécessité M. Van Weddingen engage ses confrères à s'associer dans le but de se procurer les instruments du travail. Leurs cotisations annuelles ne pourront pas fournir des ressources suffisantes, mais il espère que le gouvernement et les heureux de la profession ne refuseront pas un généreux concours. Il n'est pas de citoyen plus utile et plus méritant que le médecin de campagne ; il n'en est pas qui se trouve plus absolument à l'abri de toutes les faveurs gouvernementales, et lorsqu'il demande des livres, il semble que l'assistance du Trésor public, — qui ne fait défaut ni aux sociétés, ni aux orphéons, ne doive pas lui être marchandée. »

Erreur, confrère belge. Entre les orphéonistes et les médecins, il y a des administrations qui n'hésiteront jamais. Nos confrères français qui auront la bonne inspiration de suivre le conseil de M. Van Weddingen, feront bien de se rappeler le proverbe : aidez-vous d'abord... et après le ciel, je veux dire, l'État vous aidera peut-être.

Ch. Eloy.

INFORMATIONS

FRANCE

Toulouse. — **Société de médecine et de pharmacie.** — Dans la séance du 11 mai dernier, cette Société a décerné les prix suivants :

Prix de la Société. — De la contagiosité et du traitement antiseptique de la tuberculose pulmonaire, à M. le Dr Candelon (de Toulouse).

Prix Gaussail. — Sur *l'intervention de la chirurgie contemporaine dans le traitement des affections de la poitrine et de l'abdomen*, partagé entre M Tachard (400 fr.), médecin-major de 1re classe, et MM. Destot, Dor et Rivoire (200 fr.), internes des hôpitaux de Lyon.

Digitized by Google

Médailles d'encouragement. — Une médaille d'argent est décernée à M. le Dr Saint-Agnès (de Toulouse), pour ses *Notes sur la paralysie et l'atrophie musculaire consécutives à l'arthrite*; une médaille de bronze est décernée à M. le Dr Rascol (de Mirepoix), pour sa *Contribution à l'étude du traitement du symblépharon*; une médaille de bronze à M. Picou, externe des hôpitaux de Paris, pour un mémoire ayant pour titre: *Des variations de l'ozone exprimées en fonction du temps et de la hauteur au-dessus du niveau du sol.*

Programme des prix pour l'année 1890. — *Prix Jules Naudin*: Histoire et critique des doctrines relatives au tétanos; valeur du prix: 1,500 francs.

Prix de Mme Adrien Gaussail: De l'influence des fièvres éruptives sur le développement de la tuberculose; valeur du prix: 1,000 francs.

Les mémoires écrits en français ou en latin doivent être adressés, avant le 1er janvier 1891, au secrétaire de la Société et dans les formes académiques.

— **En instance d'Université.** — Le Conseil municipal ne perd point de temps!

Le 27 mai, et avant la fin des fêtes de Montpellier, il s'est réuni et a décidé de solliciter l'intervention du Chef de l'Etat, lors de son prochain voyage, pour obtenir la réunion des Facultés et de l'Ecole de médecine de cette ville en Université. Qu'en doit-on dire à Montpellier?

ÉTRANGER

ALLEMAGNE. — **Société Hufeland.** — Dans sa séance du 21 avril elle a mise en concours, pour les prix Alvarenga, les deux questions suivantes:

1° *L'épidémie d'influenza en* 1889-1890: Histoire, étiologie, pathologie, traitement et complications;

2° *De la responsabilité légale des médecins en ce qui regarde l'administration du chloroforme et des autres agents anesthésiques.*

Les mémoires écrits en allemand, anglais ou français doivent parvenir au secrétaire, M. A. Liebreich (à Berlin), avant le 1er avril 1891.

ANGLETERRE. — **Association médicale britannique.** — La réunion de 1890 aura lieu à Birmingham, du 29 juin au 1er août, sous la présidence de MM. Wheelkouse (de Leeds), Willougby J. Wade (de Birmingham), et Th. Bridgwater (de Harrow on the Hill). Les adresses seront lues pour la médecine par M. W. Poster (de Birmingham), pour la chirurgie, par M. Dawson Tart (de Birmingham), et pour la thérapeutique, par M. W. H. Broadbent (de Londres).

AUTRICHE. — **Statistique hospitalière en 1889.** — On comptait alors 568 hôpitaux, soit une augmentation de 11 sur l'année précédente. Ces établissements avaient reçus 300,422 malades dont 67, 8 pour cent guérirent, 16,1 furent améliorés, et 5,8 ne retirèrent aucun bénéfice du traitement ou succombèrent.

La statistique de la morbidité donne 24,522 cas de tuberculose, ayant fourni un tiers de ces totaux.

Dans les maternités un nombre de 18, il y a eu 16,736 accouchements, dont 16,086 au terminèrent heureusement. La mortalité des femmes en couches a été de 0,93 pour cent et celle des nouveau-nés de 5,21.

On comptait aussi 10 asiles pour les aveugles avec 14,798 pensionnaires, et 14,786 individus atteints de crétinisme.

ETATS-UNIS. — **Un congrès international de médecine légale.** — Ce Congrès dont M. C. Bill, président de la Société de médecine légale de New-York, est le promoteur, aurait lieu en juin 1892, à New-York.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Nominations dans le corps de santé militaire (Activité). — *Au grade de médecin principal de* 1re *classe*: M. Morisson.

Au grade de médecin principal de 2e *classe*: MM. les Drs Courties et Liénard.

Au grade de médecin-major de 1re *classe*: MM. les Drs Monart, Daymart, Folie-Desjardins, Grouille et Calmette.

Au grade de médecin-major de 2e *classe*: MM les Drs Bormery, Delorme, Dève, Belliard, Collinet, Gaube, Tournier, Bernardy, Gleize, Martin, Géhin et Leingé.

Nominations dans le corps de santé de la marine. (Activité) *Au grade de médecin de* 2e *classe*: MM. les Drs Pujol et Morguelh'ousse.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE. — **La noix de Kola dans l'armée.** — On sait que, durant les dernières manœuvres d'automne, on a mis à l'essai l'usage de la noix de Kola. Ces essais ont, paraît-il, été favorables et ont montré l'efficacité de cette substance pour augmenter la résistance des hommes à la fatigue. On se propose de renouveler ces expériences sur une plus grande échelle.

ITALIE. — **L'autonomie du corps de santé militaire.** — Le caractère militaire effectif, reconnu aux commissaires et aux comptables, est attribué *a fortiori* aux membres du corps de santé, et, d'après le correspondant du *Journal des Débats*, se manifeste également par la désignation même du grade: général médecin, colonel médecin, capitaine médecin, lieutenant ou sous-lieutenant médecin... Aucune des prérogatives attachées au titre d'officier ne leur est refusée, pas même la présidence éventuelle des conseils de guerre; mais, en outre, les médecins militaires jouissent dans l'armée italienne d'une indépendance qu'on trouverait peut-être exagérée ailleurs. L'autorité du colonel médecin, directeur de santé d'un corps d'armée, est quasi absolue au point de vue technique, même depuis que la loi de 1887 a remplacé par une inspection générale l'ancien comité de santé militaire siégeant au ministère de la guerre, corps purement consultatif, qui n'avait aucune action sur le personnel, non plus que sur l'exécution du service. De même le médecin en chef divisionnaire exerce, dans les mêmes conditions qu'un chef de corps, la direction médicale, administrative et disciplinaire des hôpitaux militaires et établissements balnéaires de la division, ainsi que le commandement direct d'une compagnie de santé composée d'aides d'hôpital, d'infirmiers et de brancardiers.

L'Ecole du service de santé de Florence, qui n'admet que des docteurs, comme l'Ecole d'application du Val-de-Grâce, n'a pas seulement pour but de perfectionner, au point de vue spécial de la médecine militaire, l'éducation qu'ils ont reçue dans les Universités: elle se propose aussi « de les habituer à la vie militaire et de raffermir dans leur âme les sentiments d'honneur et de discipline auxquels l'officier doit constamment conformer sa conduite »

On commence par incorporer l'aspirant médecin dans la compagnie de santé du corps d'armée de Florence, et pendant deux mois on le confie à l'un des régiments d'infanterie de la garnison, qui se charge de lui inculquer l'instruction ordinaire du soldat. Il entre alors à l'Ecole, mais pour en être bientôt détaché et faire, comme caporal, le service d'infirmerie et d'ambulance dans un corps de troupe, qu'il accompagne aux grandes manœuvres ou au camp d'instruction. A son retour, il est attaché, en qualité d'aide, à l'une des divisions de malades de l'hôpital militaire de Florence, et enfin, au mois de janvier, il subit un examen à la suite duquel il est nommé sous-lieutenant médecin.

NÉCROLOGIE

En France: MM. les Drs Noulet, de Toulouse, et Gilbert-Bernard, de Paris.

Le Directeur-gérant: HENRI HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE N° 24 11 JUIN 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THERAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

COMITÉ DE RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

AVIS. — *L'Administration de la* REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE *accepte, dès à présent, les abonnements partant du 1er juillet 1890 et informe les nouveaux souscripteurs qu'ils recevront, sans augmentation de prix, les numéros qui paraîtront d'ici au 30 juin prochain.*

Les demandes ou les renouvellements d'abonnement doivent toujours être accompagnés d'un mandat-poste ou d'une valeur recouvrable dans Paris.

MÉDECINE PRATIQUE

Les indications thérapeutiques de la médication musculaire

CAFÉ, KOLA ET CAFÉINE

Kola ici, café et caféine là : sous une forme ou sous une autre, c est la question toujours actuelle des remèdes toniques, excito-moteurs et névrosthéniques de la famille thérapeutique des caféiques.

Tout récemment, on en a discuté dans les Sociétés et dans la presse médicale. Il ne s'agissait pas cependant d'une découverte inespérée; les vertus musculaires des plantes à caféine ont depuis longtemps cessé d'être inédites.

Le problème actuel est donc plus modeste. Le voici. Quelles sont, au double témoignage de la physiologie et de l'observation clinique, les indications de la caféine, du café et de la noix de kola comme médicaments musculaires? En d'autres termes, où, quand et comment doit-on les prescrire?

Pour répondre à cette question, il n'y a nul besoin de découvrir une fois de plus les deux Amériques. Peu ou point de théories; des faits suffisent; les énumérer est le meilleur moyen d'arriver à la vérité, tout en rendant à chacun ce qui à bon droit lui revient.

I. — *La caféine et les caféiques augmentent-ils l'activité des fonctions motrices; ont-ils une action tonique et névrosthénique?*

Il y a longtemps que l'on a répondu par l'affirmative. Les Arabes — ce sont les grammairiens qui le disent — donnèrent le nom de café à la graine d'Arabie, parce que, dans la langue de leur pays, ce mot signifie force, énergie et vigueur musculaire.

La géographie témoigne dans le même sens que la grammaire. Heureuse entente! Ne sait-on pas, connaissance très banale, par le récit des voyageurs, que les plantes à caféine, le maté en Amérique, la noix de kola en Afrique et le café un peu partout... aident les sauvages, dit on, et les gens policés aussi je pense, à braver la fatigue d'un travail musculaire exagéré et à supporter la faim?

Faut-il invoquer l'histoire? Richard l'a résumée en exprimant l'avis de ses contemporains, dans le *Dictionnaire de médecine* et en écrivant cette opinion judicieuse que le café rend les « contractions musculaires plus faciles ».

C'était en 1834, il y a cinquante-six ans de cela. Si je précise, c'est pour réparer certaines lacunes intéressées de la mémoire de ces thérapeutes, dont l'érudition oublie souvent de s'étendre aussi loin en arrière.

Il serait, je pense, indiscret d'insister plus longuement. J'abrège donc cette enquête historique, et j'arrive aux arguments physiologiques et cliniques.

Des expérimentateurs nombreux ont essayé sur les animaux la caféine et la noix de kola.

Voici d'abord la caféine. Il y aura tantôt deux ans, après Méplain, après Giraud, Leblond et tous les auteurs mais avant des observateurs plus récents qui auraient utilement pu s'en souvenir, j'ai commencé et poursuivi depuis au laboratoire de thérapeutique de l'hôpital Bichat, des expériences dont les premiers résultats ont fait l'objet, en juin 1889, d'une communication de M. Huchard à la Société de thérapeutique.

Mes essais consistent dans la caféinisation, par séries, de cobayes au moyen de la caféine administrée à doses différentes et graduellement croissantes. Eh bien, il fallait s'y attendre, après les travaux de nos devanciers, Leblond, Méplain, Giraud, Schmiedeberg, Albers (de Bonn), Falk, Coygwell, Hoppe, Henneguy, Johansen, Bennet, Buckheim, Eisenmenger, etc., j'ai observé dans chaque expérience que l'excitation musculaire subissait des modifications constantes. La durée et l'étendue de celles-ci variaient sans doute avec la dose. N'en est-il pas le plus souvent ainsi? Elles variaient aussi avec la lenteur ou la rapidité de l'absorption du sel de caféine, mais elles ne variaient point dans leur modalité.

J'ai fait usage du salicylate et du benzoate de caféine; d'autres employaient le citrate, d'autres le malate; on peut, dans le sel de caféine, changer l'acide, l'effet physiologique n'en reste pas moins toujours identique.

Ceci dit, je passe, et en hâte j'en arrive de suite aux résultats expérimentaux.

M. Huchard les a en partie exposés dans ses dernières conférences, et depuis longtemps contrôlés par des essais cliniques.

Les voici : à la *dose faible* de 2 à 5 centigrammes par kilogramme de poids vivant, la caféine produit sur les animaux à sang chaud, dans l'espace de quinze, vingt ou trente minutes, de l'agitation, et une vivacité plus grande des mouvements. L'hyperexcitabilité musculaire augmente. Il y a, pour ainsi parler, incitation à la marche; les allures de celle-ci se modifient, et, selon l'expression pittoresque d'un confrère distingué, spectateur

Digitized by Google

e ces expériences, l'animal semble plus léger; il progresse plus vite : un faible choc, un bruit brusque, un attouchement subit rendent ces troubles musculaires plus apparents, ou les réveillent quand ils semblent s'atténuer.

Observe-t-on le rhytme respiratoire ? Il n'est pas accéléré Le cœur conserve aussi le sien; et la seule modification que ses battements présentent, est un accroissement de leur énergie.

Ici donc pas de doute: à doses faibles, la caféine est un modificateur de la contractilité des muscles. Elle augmente leur excitabilité. Par contre, observation qui a son importance *à cette dose faible*, elle modifie peu la réflectivité.

Nous opérons sur le cobaye, je l'avoue, nous n'avons donc pas à examiner les rapports plus ou moins voisins, dit-on, de l'organisme humain avec celui de la grenouille verte ou rousse; ni à reproduire Schmiedeberg, ni à répéter Vulpian. Il y a des orateurs académiques qui estiment que cela est nécessaire, soit; mais bon gré mal gré, et en manière de conclusion, ces expériences permettent d'attribuer à la caféine ce que Richard écrivait de l'action du café et de dire : « Elle rend les mouvements plus faciles ». Voilà bien un résultat; il est suffisant pour établir que la *première phase du caféisme expérimental est celle de l'excitation musculaire simple.*

A la *dose plus élevée* de cinq à dix centigrammes cette action musculaire se traduit par d'autres phénomènes. Faut-il s'en étonner? Non, à moins de n'avoir pas encore achevé son noviciat physiologique. Il y a des savants qui, malgré leur âge, en sont encore là !

L'hyperexcitabilité motrice augmente-t-elle? Il en est ainsi d'ordinaire : des frémissements traversent les masses musculaires; des trépidations les animent et, dans un grand effort d'imagination, on compare volontiers ces phénomènes aux contractions fibrillaires des muscles que l'on notait depuis longtemps, sans en donner la raison, sur le visage des caféomanes, et, avec Méplain sur les membres inférieurs et, en particulier, sur les muscles fléchisseurs.

La caféinisation se poursuivant, on note les convulsions. Celles-ci sont toniques ou cliniques; elles sont même tétaniformes, selon l'expression d'Albers (de Bonn), de Coygwell, de Bennet, de Leven et des autres. Un choc, un attouchement, une excitation, même faible, les provoquent quand elles cessent. Ce fait a motivé des discussions : les uns ont voulu y voir une analogie avec les convulsions de la strychnine; d'autres, avec Giraud, ne l'ont pas admis.

Sur l'interprétation de ce phénomène, le débat n'est donc point clos, au reste; inutile de le clôturer. Un tel phénomène experimental n'est particulier ni à l'un ni à l'autre de ces deux poisons?

Son existence ou son absence, si toutefois cette absence existe, ne sauraient invalider, je pense, une démonstration si probante de l'action musculaire de la caféine.

Cet ensemble de phénomènes révèle le *second degré du caféisme expérimental* : c'est la *phase des convulsions*; voilà surtout ce qu'il importe de retenir.

Enfin, troisième série d'expériences : la dose du principe actif est élevée à vingt ou vingt-cinq centigrammes par kilogramme de poids vivant. Cette *dose hypertoxique* provoque l'abolition de la motilité et cette paralysie affecte de préférence le tronc postérieur et s'accompagne d'une raideur musculaire; transitoire, d'ailleurs, celle-ci disparaît pour revenir bientôt. Ces caractères physiologiques ne sont-ils pas ceux de la paralysie avec contracture?

Nos anciens avec Lieutaud (*Précis de la matière médicale* en 1750) avaient fait de la paralysie un des symptômes de l'empoisonnement par le café. Ils ne se trompaient pas; Gentilhomme (de Reims), de son côté, a noté l'abolition des réflèxes, c'est une remarque fort exacte qu nd il s'agit de caféisme grave.

Pendant la caféinisation hypertoxique des animaux, il existe aussi des contractions tétaniformes des muscles de la respiration et de l'irrégularité du rythme cardiaque, ce sont encore des faits à noter et tout différents de ceux que l on observe après l'administration de faibles doses et dans le premier degré du caféisme expérimental.

Enfin la paralysie et la contracture des muscles thoraciques deviennent absolues et la mort a lieu par asphyxie. Enfin autre fait sur lequel M. Huchard a insisté pour expliquer l'action cardiosthéique de la caféine à doses suffisamment élevées, au moment de la mort le cœur s'arrête le plus souvent en diastole : l'action musculaire de la caféine s'exerce donc sur le myocarde comme sur les autres membres.

J'ajouterai — il faut toujours rendre justice à nos devanciers — que, dès 1857, dans les *Virchow Archiws* et dans un mémoire intitulé *Beitrage zur Kenntniss des Cafeins*, Stickmann insistait sur ces paralysies et leur attribuait la mort des animaux caféinisés.

Tel est, à notre avis, le *troisième degré du caféisme expérimental* : les paralysies motrices le caractérisent; c'est donc la *phase des paralysies* et *des contractures caféiniques*.

Ces données s'appliquent à la noix de Kola, comme au café et à la caféine. Au témoignage de MM. Heckel, Schlœgdenhaufen, Natton et Monnet, qui ont été les premiers à les étudier, les préparations de Kola provoquent, à doses élevées, la tétanisation, puis la diminution de l'excitabilité musculaire comme la caféine.

Elles exagèrent d'abord la contractilité des fibres musculaires; elles l'épuisent ensuite : l'excès en tout et partout, dit-on, est un défaut — et finalement elles l'abolissent. Quelque interprétation que l'on en donne, cette action, on ne saurait le nier, est bien celle d'un poison de la motilité.

A doses moins élevées, comme on s'en rend compte dans le compte rendu des expériences d'entraînement sur l'homme, la noix de Kola produit aussi l'hyperexcitabilité musculaire. Peu de temps après son ingestion, on éprouve un besoin de mouvement, de l'impatience musculaire et des frémissements dans les tendons; on se sent plus dispos, plus léger à la marche; les mouvements sont plus faciles; *on respire mieux*; après un effort prolongé, *l'essouflement et les palpi-*

Digitized by Google

tations sont plus lents à se produire. Voilà ce que les premiers observateurs avaient remarqué. Il ne fallait pas un grand effort d'imagination pour le répéter après eux.

Ces phénomènes sont bien connus : les voyageurs les mentionnent dans leurs récits : ce sont ceux, paraît-il, que « les sauvages éprouvent », ce sont ceux aussi que M. Parisot vient de consigner dans une thèse après en avoir pris le tracé sur le cylindre enregistreur. *Bis repetita non displacent.* C'est le cas de ne pas suivre l'exemple de ceux qui omettent de rendre un hommage à la vérité ; et plus loin en parlant de l'action tonique de la caféine je rappellerai, ce qui, peut être, serait utile, que Fonssagrives, il y a longtemps de cela, avait écrit : « le *café produit la défatigue.* »

(*A suivre*). CH. ELOY.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Le bassin coxo-tuberculeux

Depuis longtemps, les accoucheurs ont étudié l'influence de la claudication sur l'état du bassin. Les lésions du membre inférieur ont été considérées pêle-mêle comme des causes de viciation pulvienne. Et le plus souvent, les cas de coxo-tuberculose ont été groupés avec les luxations congénitales de la hanche. Bien mieux, la coxo-tuberculose sans déplacement de la tête fémorale, semble être reléguée au second plan et ne présenter d'intérêt obstétrical que du jour où elle se complique de luxation spontanée.

Il paraît conforme à la réalité de différencier le bassin coxo-tuberculeux des autres bassins viciés par lésion du membre inférieur. L'anatomie pathologique et la clinique fournissent de sérieux arguments pour soutenir cette thèse.

Etiologie. — Ici, comme dans la plupart des cas de viciations pelviennes, il faut tenir compte de l'âge à laquelle la lésion primitive s'est produite, de l'influence trophique que cette lésion a pu exercer par elle seule sur les os du bassin, et enfin des pressions diverses que les os déjà malades ou incomplètement développés auront eu à subir.

1° La coxo-tuberculose modifie d'autant plus la forme du pelvis qu'elle se développe plus tôt. Hubert de Louvain, en 1856, écrivait que pour qu'une boiterie, même datant de l'enfance, prît de l'importance au point de vue obstétrical, il fallait qu'elle s'accompagnât d'altérations osseuses.

2° Or celles-ci se produisent au plus haut chef dans la coxalgie tuberculeuse, bien plus que dans la luxation congénitale classique. Ces altérations intrinséques sont particulièrement l'atrophie, d'une part, avec ramollissement plus ou moins marqué, et, d'autre part, la périostite et l'osteile proliférantes.

3° La maladie de la hanche a pour effets de répartir inégalement le poids du corps sur l'une et l'autre jambe. Soit qu'il y ait douleur au début, soit que plus tard il se produise un raccourcissement réel du côté atteint par la tumeur blanche, le malade s'appuie de préférence sur le membre sain qui supporte la plus lourde charge. La ligne innominée correspondante s'en ressentira. Telle est la règle. Mais il y a des exceptions qui déterminent alors des résultats inverses.

Les pressions sur l'article altéré peuvent amener tôt ou tard l'usure des surfaces articulaires et le déplacement de la tête fémorale, le plus souvent dans la fosse iliaque externe.

Les faits que j'ai pu observer personnellement, joints à ceux que j'ai pu trouver dans les différents recueils, rentrent dans la règle que voici :

Le bassin coxo-tuberculeux est asymétrique, de forme oblique ovalaire et l'aplatissement se produit ordinairement du côté de la jambe saine.

Il ne s'agit jusqu'ici que des cas dans lesquels il y a antylose de la cuisse sur l'os iliaque dans l'attitude de l'abduction et de la rotation en dehors *sans luxation.*

Ce n'est donc pas le déplacement de la tête fémorale qui est la cause principale des changements de forme éprouvés par le pelvis.

A côté des cas nombreux où l'aplatissement du bassin s'est produit du côté de la jambe saine, il en existe d'autres où, au contraire, la ligne innominée, répondant à l'articulation malade, s'est redressée et rapprochée du plan médian.

Zweifel (1), Krassowsky (2), Spiegelberg, Küstner (3), Braun (4), et Schroder ont relaté des faits de cette nature.

Ces faits démontrent que l'*asymétrie du bassin provient parfois du redressement de la ligne innominée répondant au côté malade.* Jusqu'ici nous avons évité soigneusement les coxalgies compliquées de luxation. Voyons maintenant quel peut être l'influence de cette nouvelle lésion.

La luxation peut s'occompagner de déformation absolument opposées : tantôt, en effet, l'aplatissement se trouve du côté malade, tantôt il est au contraire du côté sanin. *Le déplacement de la tête fémorale n'est donc pas la cause de la viciation.*

On a vu, plus haut, que le bassin coxo-tuberculeux était aplati soit du côté de la jambe saine, soit du côté malade. Nous essaierons plus tard d'expliquer ces discordances. Actuellement examinons quelles sont les autres lésions que l'on peut rencontrer au détroit supérieur et au détroit inférieur, indépendamment de celles que nous avons décrites.

(1) ZWEIFEL. *Lehrbuch f. g.* 1888, p. 404.
(2) KRASSOWKY. *Opér. obs.* Saint-Pétersbeurs, 1885.
(3) KUSTNER. *Arch. f. g. ne.* VIII p. 346.
(4) BRAUN. *Wiener Med.* p. 1871.

Digitized by Google

1° *Au détroit supérieur.* — Il se fait parfois une ankylose sacro-iliaque, Celle-ci n'existe pas toujours; mais elle est la règle quand la jambe saine a exercé des pressions prolongées et répétées *sur l'ilium et sur l'aileron du sacrum correspondant* (Litzmann).

On peut dire *que lorsqu'une ankylose sacro-iliaque se développe secondairement à la coxo-tuberculose, cette synostose siège du côté le plus comprimé.*

2° *Au détroit inférieur.* — La situation des tubérosités ischiatiques est des plus variables. Le plus souvent l'ischion suit les vicissitudes de la ligne innominée correspondante; il se rapproche du plan médian si elle est aplatie; il s'éloigne en dehors si au contraire elle est large et courbe. Mais les choses peuvent se passer d'une manière tout a fait inverse; nous reviendrons plus tard sur ce point.

Il y a lieu d'indiquer maintenant certaines altérations qui, bien que relativement rares, donnent une physionomie toute spéciale au bassin coxo-tuberculeux.

Le professeur Lannelongue insiste sur les ostéophytes, les épaississements qui apparaissent quelquefois sur l'os iliaque du côté coxalgique. Ces proliférations osseuses résultent de l'inflammation du périoste qui acccompagne souvent la coxo-tuberculose. Le bassin peut être ainsi remarquablement rétréci. Il existe même des cas d'obstruction très marquée de la cavité pelvienne par des tumeurs de cetfe nature. Tels sont les cas de Otto de Hecker (1) et de Mennel (2). Dans le cas de Hecker, on dut même pratiquer l'opération césarienne.

(*A suivre*) Dr Demelin.

(1) Hecker. *Arch. für gyn.*, t. 18, p. 44.
(2) Mennel. *Arch. für gyn.*, t. XXIII, p. 79, 1884.

LE TRAITEMENT DES MALADIES

PROBLÈMES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de la pseudo-gastralgie hyperchlorhydrique

Un malade est atteint de troubles digestifs divers caractérisés par du *pyrosis*, des *renvois acides*, parfois aussi par des *vomissements*, mais surtout par des *douleurs gastriques* qui ont pour caractères, d'être nocturnes, de survenir d'une façon presque périodique, deux heures et demie ou trois heures après le repas. Il y a conservation et même exagération de l'appétit, exagération de la soif, et l'ingestion alimentaire calme d'ordinaire les vives souffrances du malade. Cet état est souvent suivi d'amaigrissement, de perte des forces, et il peut avoir pour conséquences l'*ulcère de l'estomac* et la *dilatation gastrique*.

Si l'on analyse le suc gastrique à l'aide du cathétérisme œsophagien et des réactifs de l'acide chlorhydrique, deux heures après un repas d'épreuve, on constate l'existence d'une affection nouvellement décrite, de la *secrétion continue et de l'hypersecrétion de l'acide chlorhydrique*. Mais en l'absence même de ce moyen de contrôle, les praticiens peuvent aisément établir le diagnostic de *pseudo-gastralgie hyperchlorhydrique* (1) en se fondant sur le caractère des douleurs, sur leur exacerbation *nocturne* et sur leur apparition *périodique*, deux heures et demie à trois heures après chaque repas. Ces accès douloureux apparaissent, en effet, à un moment où, l'estomac étant débarrassé de son contenu alimentaire, sa muqueuse est livrée sans défense à l'action nocive et irritante de l'acide chlorhydrique qui est anormalement sécrété d'une façon *continue* et exagérée. Cela explique l'absence de douleurs pendant la période digestive, parce que le suc gastrique dilué et perdu dans la masse alimentaire, n'exerce plus une action *directe* sur la muqueuse gastrique. Cela explique encore la rapidité de la digestion de la viande, et l'arrêt dans la digestion des légumes et des substances amylacées, parce que l'hyperacidité du suc gastrique détermine la destruction de l'action de la salive. (Cette hyperacidité déterminant une sorte de parésie stomacale, et l'encombrement de l'organe par des résidus alimentaires dus à la non-digestion des substances amylacées, peut conduire en dernier à la dilatation gastrique.)

Dans ces conditions, quelles sont les indications thérapeutiques à remplir, et comment les remplir?

I. **Indications thérapeutiques.** — *a*) Il s'agit d'une *fausse* périodicité des douleurs : donc, il faut bien se garder d'administrer la quinine, qui ne produirait aucun effet et serait même nuisible. Les douleurs *ne sont pas franchement* gastralgiques; il est donc inutile d'ordonner des calmants (opium, injections de morphine, antipyrine, vésicatoires morphinés, etc.). Voilà ce qu'il ne faut pas faire.

b) Comme les douleurs sont dues à l'hyperacidité gastrique (forme de dyspepsie acide), il faut, par les alcalins à haute dose, chercher à neutraliser cette hyperacidité, cause de tous les accidents et de ses complications fréquentes, l'ulcère ou la dilatation de l'estomac. Voilà ce qu'il faut faire.

Pour remplir ces diverses indications, instituer un traitement *hygiénique*, un traitement *local*, et un traitement *général*.

II. **Formule de traitement.** — A. *Traitement hygiénique.* — 1° Eviter toutes les causes nerveuses qui peuvent contribuer à la production de la maladie : les émotions, les préoccupations le surmenage intellectuel, le travail immédiatement après les repas.

2° Supprimer dans l'alimentation : l'alcool, le thé, le café, les condiments, les mets épicés; les salades, les cornichons, enfin les acides qui exagèrent la sécrétion gastrique; le gibier, la charcuterie, les salaisons, les fromages faits, pour la même raison; les féculents et les légumes verts riches en cellulose, parce que ces aliments mal digérés dans un milieu acide encombrant l'estomac peuvent contribuer assez rapidement à sa dilatation; les pâtisseries, les corps gras, le pain frais qu'il faut remplacer par du pain grillé.

3° Supprimer les eaux de table qui, en raison de l'acide carbonique dont la plupart sont chargées, peuvent provoquer et entretenir la dilatation gastrique. Il faut plutôt recourir aux eaux indifférentes, comme Evian ou Alet.

4° Donner dans l'alimentation la préférence au lai-

(1) Voir à ce sujet une de mes observations que j'ai lue à la *Société de thérapeutique* le 23 avril 1890. — Voir aussi un article que j'ai fait paraître sur ce sujet dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* (n° du 24 mai 1888).

Digitized by Google

tage qui, prescrit à petites doses, un verre par exemple, peut contribuer à calmer les douleurs nocturnes de l'hyperchlorhydrie (additionner le lait d'eau de Vichy ou d'eau de chaux); aux viandes hachées, aux œufs qui constituent un excellent aliment, parce que leur albumine contribue puissamment à neutraliser l'excès d'HCL.

5° Les malades doivent mâcher soigneusement leurs aliments, faire un repas très léger et peu copieux le soir, afin d'éviter, si possible, la crise nocturne; faire pendant la nuit une petite collation. Les repas seront donc au nombre de quatre ou cinq, et réglés de la façon suivante : le matin, un verre de lait; à 11 heures, déjeuner avec des œufs et de la viande hachée; dans la journée, vers trois heures, une tasse de lait; le soir, à 7 heures, un léger repas composé de laitage, d'œufs et d'un peu de viande; enfin, pendant la nuit, une ou deux tasses de lait.

B. *Traitement local.* — 1° L'indication locale consistant à neutraliser l'hyperacidité gastrique, on doit prescrire les alcalins à haute dose (10 à 20 grammes par jour), surtout à distance des repas, quand les douleurs deviennent très intenses. On emploie de préférence le bicarbonate de soude dilué dans des boissons chaudes et théiformes; cependant, le bicarbonate de soude pourrait être remplacé avec avantage par la magnésie décarbonatée, qui ne se décompose pas avec une production exagérée d'acide carbonique.

Chez un de mes malades dont j'ai donné l'observation à la *Société de thérapeutique* (avril 1890), je me suis borné à employer le bicarbonate de soude à haute dose; et dans l'espace de *deux jours* j'ai réussi à faire disparaître complètement de vives douleurs gastralgiques et des accidents stomacaux assez graves qui persistaient depuis plus de deux mois. Voici ma prescription :

Bicarbonate de soude..... 60 grammes.
Pour soixante paquets,

Prendre deux de ces paquets au repas du matin; deux au moment de la crise matinale; deux autres paquets à midi; quatre autres dans l'après-midi au moment de la grande crise; deux paquets au repas du soir et quatre pendant la nuit. Le malade buvait encore une bouteille d'eau de Vals renfermant environ 5 grammes de bicarbonate de soude.

Ainsi donc, le malade prenait environ 20 grammes de bicarbonate de soude par jour, sans crainte de cette « cachexie alcaline », une des grandes erreurs de Trousseau. Dans tous les cas d'hyperchlorhydrie il faut même employer de *fortes* doses de bicarbonate de soude pour neutraliser l'acidité gastrique, les doses *modérées* ayant pour effet contraire d'exciter la secrétion gastrique.

Mais le bicarbonate de soude est soluble; la craie, ou carbonate de chaux, ne l'est pas; celle-ci joint donc à ses propriétés alcalines, l'avantage de former un enduit protecteur à la surface de la muqueuse, comme le fait le sous-nitrate de bismuth. On peut donc recommander aussi la formule suivante :

Bicarbonate de soude..... } àà 50 grammes.
Craie preparée..... }

Pour cinquante paquets. Un paquet toutes les heures pendant 4 heures, en commençant immédiatement après chaque repas.

2° Pour combattre l'atonie intestinale et la constipation, prescrire des pilules de podophylline (3 centigrammes), de la magnésie anglaise (à la dose d'une cuillerée à bouche de temps en temps le matin). On peut encore avoir recours à l'emploi de la poudre de réglisse composée (une à deux cuillerées à café par jour). Mais, parmi tous ces laxatifs, il faut, de préférence choisir la magnésie, dont l'effet s'ajoute au bicarbonate de soude pour alcaliniser davantage encore le suc gastrique.

Voici encore une bonne formule pour combattre la constipation et l'atonie gastro-intestinale (le benzoate de soude agissant ici à titre de substance alcaline et cholagogue, dans une affection où la sécrétion biliaire est le plus souvent amoindrie) :

Benzoate de soude..... } àà 5 grammes.
Poudre de rhubarbe.... }
Poudre de noix vomique 25 centigrammes.
Pour dix cachets.
Prendre deux ou trois cachets par jour.

3° Si les symptômes réactionnels sont très accusés, M. A. Robin recommande la formule suivante : (Dans cette formule, la teinture de *Menispermum cocculus* — appelé *Anamirta cocculus* ou *coque du Levant* — agirait, d'après lui, sur la sécrétion de l'acide chlorhydrique qu'elle diminuerait spécialement, tandis que la strychnine agirait dans un sens contraire, affirmation qui a besoin de preuves cliniques) :

Teinture de rhubarbe... } àà 3 grammes.
Teinture de badiane.... }
Teinture de *Menispermum cocculus*..... }
Teinture d'ipéca..... } àà 1 —
Teinture thébaïque..... }
Prendre six gouttes dans une cuillerée d'eau quelques minutes avant le repas.

4° La question du lavage de l'estomac a été diversement résolue. M. Lyon fait observer qu'au début cette opération est absolument inutile, puisque la dilatation gastrique n'est pas encore constituée; mais plus tard, dit-il, « si l'on se trouve en présence d'une dilatation constituée, le lavage est nécessaire. »

Je suis d'un avis différent : il est utile de faire quelques lavages avec des liquides alcalins, avant même la constatation formelle de l'ectasie gastrique, et cela dans le but d'éviter cette complication.

5° Parmi les eaux minérales pouvant convenir au traitement de l'hyperchlorhydrie, il faut placer en première ligne Vichy et Carlsbad, les premières étant de beaucoup supérieures aux secondes; puis les eaux de Vals, Pougues, Alet, Saint-Nectaire, Châteauneuf, etc.

C. *Traitement général.* — 1° Les hyperchlorhydriques sont souvent des nerveux et des surmenés. Il faut donc défendre le surmenage, ordonner le repos, et l'on peut prescrire contre l'état nerveux, les eaux de Néris et l'hydrothérapie.

(Ce qui tend même à prouver l'origine nerveuse de l'état hyperchlohydrique, c'est l'existence de ce dernier dans les crises gastriques du tabes dorsal. En effet, la meilleure manière de calmer les douleurs gastriques

Digitized by Google

quelquefois très violentes des tabétiques, consiste à leur administrer en plusieurs fois 10 à 20 gr. par jour de bicarbonate de soude).

2° Ils sont encore anémiques ; il faut donc leurs prescrire (s'il y a lieu, et surtout quand l'état des fonctions digestives le permet, c'est-à-dire après l'amélioration de l'état hyperchlorhydrique) des eaux ferrugineuses (Bussang, Orezza, Pardina, Renlaigue, etc.) ou même les pilules toni-ferrugineuses, d'après cette formule que j'emploie souvent avec succès :

Extrait de quinquina.....	ãã 5 grammmes
Extrait de gentiane.....	
Extrait de rhubarde.....	
Tartrate ferrico-potassique	
Extrait de noix vomique	50 centigrammes
Huile essentielle d'anis.	V. gouttes.
Glycérine.	q. s.

Pour cent pilules.
Prendre deux pilules au commencement de chaque repas.

Comme stations hydro-minérales, on peut choisir, pour remplir cette indication, les eaux de Luxeuil, Bagnoles (de l'Orne), Luchon, etc.

Tel est le traitement que l'on doit faire suivre aux malades atteints d'hyperchlorhydrie. Il faut le bien connaître dans tous ses détails, parce que « la sécrétion continue du suc gastrique » et « l'hyperchlorhydrie » qui sont au début seulement de simples troubles fonctionnels et sécrétoires, peuvent devenir la cause de maladies organiques, telles que la dilatation ou l'ulcère de l'estomac. Le traitement *curatif* de l'hyperchlorhydrie devient donc ainsi un traitement *préventif* de ces deux affections rebelles : l'ulcère de l'estomac et de la dilatation gastrique.

HENRI HUCHARD.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

De la stérilisation du catgut par la chaleur, par M. LAROCHETTE. — Le procédé que l'auteur recommande permet de rendre le catgut asceptique sans faire usage d'une température élevée et de l'étuve de Wiesnegg qui l'altèrent (*Lyon méd.*, p. 154. 1er juin 1890).

Ce procédé consiste à prendre un bocal de grande capacité, à large ouverture, fermé par un bouchon de liège, et au fond duquel on place un peu de coton et par-dessus les cordes à stériliser. Trois ouvertures sont pratiquées dans le bouchon, permettant l'introduction dans ce *bocal-étuve* : 1° d'un thermomètre; 2° d'un tube recourbé pour permettre l'évaporation de l'eau contenue dans les cordes; 3° d'un régulateur, pour régler la température. Ce bocal est placé dans un bain d'huile de façon à élever graduellement la température et à dessécher lentement la corde.

L'asepsie est complète après deux heures de chauffe à 140°. Enfin, avec une pince flambée au gaz, on retire de l'étuve les cordes stérilisées et on les conserve dans l'huile d'olive, préalablement bouillie, contenant 10 0/0 de son poids d'acide phénique cristallisé.

Les essais bactériologiques de M. Roux ont été négatifs; l'asepsie était par conséquent complète. S. R.

Un mode de fixation du cathéter à demeure, par M. E. PILZ. — Cet instrument qui s'emploie dans le cas de fistule, et pour dilater en permanence ou vider la vessie sans blesser l muqueuse de l'urèthre, est difficile à maintenir. Voici le procédé que l'auteur conseille, d'après Dittel (*Centrall f. chir.* 1890, p. 289).

Le cathéter étant en place dans la vessie, on transperce son extrémité au-dessus du gland avec une forte épingle, pour faire obstacle à sa pénétration plus avant dans les voies urinaires.

Un morceau de diachylon, de un centimètre de largeur et de huit centimètres de longueur, est appliqué sur la surface du gland, pour l'isoler et le protéger du contact de l'épingle. Un second morceau de diachylon est appliqué au-dessus de l'épingle. Il porte une fente pour laisser passer l'extrémité du catheter. Enfin, une bande linéaire de diachylon sert à consolider, par des circulaires, le pansement autour du gland.

S. R.

DERMATOLOGIE

Un cas de pigmentation arsenicale de la peau, par M. WIHLAW. — Cette observation est celle d'une malade atteinte d'anémie progressive et ingérant des doses croissantes de quinze à vingt gouttes de liqueur de Fowler. (*The N. Y, Med. Record*, 12 avril 1890).

Vers la troisième semaine du traitement, après une amélioration notable de l'état général, on constate une coloration bronzée générale de la peau. Cette pigmentation dura deux septenaires et disparut ensuite graduellement dans l'espace d'un mois. On avait continué le traitement, mais en diminuant la dose de la solution arsénicale jusqu'à douze gouttes.

Etait-ce là une pigmentation arsenicale ? L'auteur l'admet, mais on peut se demander aussi s'il ne s'agissait point plutôt d'une coloration d'origine pathologique, due à l'anémie pernicieuse ? S. R.

Un traitement de la teigne tondante par l'emplâtre hydronaphtolé, par M. MORGAN-DOCKVELL. — Ce traitement a pour objet d'assurer la pénétration de médicament et de limiter son action aux parties malades. (*The Lancet*. 30 janvier 1890. En voici la technique.

1° Raser le cuir chevelu, le lotionner au moyen de la brosse avec l'eau chaude chargée de savon hydronaphtolé à 10 pour cent.

2° Sécher la région et appliquer l'emplâtre hydronaphtolé à 10 pour cent, sous forme de bandes étroites s'embriquant les unes sur les autres.

3° Entourer les limites de cet emplâtre avec une couche de paraffine hydronaphtolé à 10 pour cent, afin d'éviter le contact de l'air.

4° Le quatrième jour, toilette du cuir chevelu et remplacement du pansement par des bandelettes d'emplâtre naphtolé à 20 pour cent.

5° Après une semaine, nouveau pansement avec le premier emplâtre.

Ordinairement, la guérison est complète après un intervalle de dix autres jours. Il est prudent, pendant toute la durée du traitement, de pratiquer tous les jours, sur les chevaux sains, des onctions avec la potion hydronaphtolée à 6 pour cent.

S. R.

MÉDECINE

Contribution à l'étude des cardiopathies fonctionnelles par surmenage, par M. SAJKOVIC. — Ce mémoire mentionne cinq observations de surmenage du cœur qui ont été recueillies pendant la campagne Serbo-Bulgare. (*Central f. Klin. Médic.*, 15 mars 1890.)

La faiblesse cardiaque se produisit graduellement après des exercices physiques excessifs durant plusieurs jours. Il s'agissait de sujets jeunes et robustes en apparence, qui après des marches prolongées, accusèrent de la dyspnée, des douleurs et des palpitations cardiaques. On les mit au repos ; et ces trou-

Digitized by Google

bles cessèrent; pour revenir quand ces soldats reprirent du service actif. La dyspnée s'accentua, il y eu alors de l'oppression, des palpitations et de la diminution des urines. Par l'auscultation, on constata la dilatation avec hypertrophie du ventricule gauche ; et même, dans les cas les plus violents, celle du ventricule droit. Tous ces malades s'améliorèrent par le repos, excepté un officier dont l'état général était déjà compromis par des accidents gastriques antérieurs et qui succomba.

S. R.

Une nouvelle réaction de l'acide urique, par M. S. Rosenberg. — Cette réaction s'obtient par le procédé suivant, (*Cent. f. Klin. Méd.*, 5 avril 1890.)

On mélange l'urine par volumes égaux avec une solution à cinq pour cent d'acide phosphotungstique. On ajoute une goutte d'une solution alcaline, potasse, soude caustique, ou ammoniaque, et on obtient une coloration bleue. Cette réaction est due à l'acide urique: elle ne s'observe pas avec l'urine des herbivores, mais seulement avec celle de l'homme et des animaux carnivores. S. R.

De la paralysie spinale spasmodique saturnine, par M. de Renzi. — Le tabes dorsal spasmodique représente une entité morbide, la paralysie spinale spasmodique un syndrôme qui peut résulter de l'empoisonnement par le plomb. L'auteur rapporte trois cas dont le tableau clinique peut se résumer ainsi : le début de la maladie remonte à quelques années; à l'examen : les membres inférieurs sont en dedans, les pieds en varus équin, la jambe s'étend incomplètement sur la cuisse. Tremblement ; marche rigide et saccadée par suite de la rigidité musculaire. Sensibilité conservée. Réflexe rotulien exagéré ; la percussion d'un tendon provoque la contraction des deux côtés. Phénomène du pied. L'excitabilité galvanique des nerfs des jambes est plus forte qu'aux bras. Même réaction des muscles au courant galvanique et au faradique. (*Revista clínica et terap.*, mai 1890.)

A ces troubles peuvent s'ajouter tous les autres accidents du saturnisme, paralysie des extenseurs, encéphalopathie, etc.

Comme traitement, on emploie la galvanisation de la mœlle, le redressement et l'immobilisation des déviations dans un appareil silicaté; bains chauds et autres médicaments du saturnisme, purgatif, opium, etc. H. G.

TOXICOLOGIE

Des effets toxiques de l'exalgine, par M. A.-W. Hinsley Walker.—Ce cas est celui d'une femme de 29 ans, anémique et névropathe, qui accusait une névralgie faciale. On lui prescrivait vingt-cinq centigrammes d'exalgine toutes les quatre heures. (*The. Brit. méd. Journal*, 31 mai 1890, p. 1216.)

Cette malade qui antérieurement et sans accidents, avait ingéré le même médicament à moindres doses éprouva dix minutes après les deux premières doses de la perte de connaissance, de la dyspnée et des troubles de la vision.

L'exalgine, qui, lorsqu'elle est active, agit seulement à la manière d'un analgésique, est un de ces nouveaux remèdes, dont il faut se défier, ajoute l'observateur anglais, car la connaissance de son action physiologique laisse en vérité trop à désirer. S. R.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

CHIRURGIE

Du traitement des fractures de la rotule

Nous examinerons la thérapeutique à appliquer aux solutions de continuité de la rotule dans deux conditions différentes : la fracture est récente ou elle est ancienne.

Fractures récentes. — Les fractures de beaucoup les plus fréquentes sont les fractures indirectes, c'est-à-dire où la violence n'a pas porté directement sur le point fracturé; dans un grand nombre de cas, ce sont des fractures par arrachement par suite d'une contraction brusque du triceps crural.

Les fractures directes par coup de pied de cheval ou autres causes sont beaucoup plus rares; comme elles sont très souvent compliquées de lésions plus ou moins graves des parties molles, elles ont une physionomie toute différente.

Le traitement immédiat d'une fracture indirecte récente dépend en grande partie de l'état de l'articulation du genou; cela est tellement le cas presque toujours que certains chirurgiens comme Tilanus en tiennent presque exclusivement compte sans se soucier de l'écartement plus ou moins considérable des fragments de la rotule.

Presque toujours l'articulation est remplie d'une quantité de sang plus ou moins considérable qui tuméfie la région, en efface les saillies et les méplats et empêche assez souvent de se rendre un compte exact de la situation des deux bouts de l'os. Si l'épanchement est considérable, je n'hésite pas à pratiquer ce que nous faisons journellement pour une hémarthrose volumineuse : la ponction de l'articulation, l'évacuation du sang avec toutes les précautions sur lesquelles j'ai insisté dans un autre article de cette revue; on gagne de cette façon un temps précieux et on peut aussitôt chercher à amener la coaptation aussi parfaite que possible. Nous préférons pour notre compte cette manière de faire à la compression élastique ou non, à l'application de vésicatoires, de ventouses scarifiées.

Si l'épanchement du sang est peu abondant et si l'on peut espérer une résorption rapide, surtout s'il ne gêne en rien les manœuvres à faire pour réduire la fracture, il n'y a pas lieu de s'en inquiéter.

Si l'on est arrivé avant toute réaction inflammatoire, voici comment on procédera. Après avoir ou non, suivant les besoins, évacué le sang, l'on se conduira suivant le degré d'écartement des fragments. Si ceux-ci sont peu éloignés l'un de l'autre, d'un travers de doigt au plus et que l'on constate qu'une légère flexion du genou ne tend pas à les disjoindre davantage, ce qui démontre entre parenthèses une conservation relative des ailerons fibreux de l'articulation, il suffira après avoir appliqué un bandage compressif ouaté de tenir le membre inférieur élevé dans un hamac de façon à relâcher le triceps crural; l'on pourra dans les cas simples avec très peu d'écartement transformer l'appareil en appareil définitif en le recouvrant d'une couche de silicate de potasse qui empêche tout déplacement des bandes et amène une plus grande immobilisation. C'est encore dans ce cas que le massage tel que le pratique presque pour toutes les fractures dela rotule, le professeur Titanus (d'Amsterdam), peut être conseillé, massage accompagné de mouvements de façon à empêcher toute raideur articulaire consécu-

Digitized by Google

tive. Comme nous n'avons pour notre part aucune expérience de cette méthode, nous n'y insisterons pas davantage.

Supposons l'écartement plus considérable, le sang épanché a disparu ou diminué suffisamment pour laisser apprécier la distance des fragments et leur configuration.

Nous n'hésitons pas pour la plupart de ces cas qui sont de beaucoup les plus fréquents, à conseiller l'emploi des griffes de Duplay. Tout le monde connaît les griffes de Malgaigne, qu'on implantait dans l'os à travers les téguments et qui ont l'immense inconvénient de ne pas s'opposer à la bascule des fragments quand ils se rapprochent. Les griffes de M. Duplay n'ont pas ce défaut. Elles consistent essentiellement en deux plaques d'acier terminées à l'une de leurs extrémités par deux crochets très aigus. Elles présentent sur une de leurs faces deux appendices, l'un central, sorte de piton vertical percé d'un écrou, lequel est destiné à donner passage à une vis qui, agissant parallèlement aux plaques, sert à les rapprocher. Le second appendice situé de chaque côté du piton central consiste en un tube métallique creux placé dans le sens de la longueur de la plaque et ouvert aux deux extrémités, de sorte que les ouvertures de ces tubes se correspondent d'une plaque à l'autre. Ces tubes sont destinés à recevoir les branches d'une armature en acier représentant exactement la forme d'une épingle à cheveux double. Des deux plaques métalliques avec les crochets qui les terminent, l'une est plus grande et est destinée à agir sur le fragment supérieur, l'autre plus petite est réservée à l'inférieur. La courbure des crochets a été calculée de telle sorte que l'instrument étant bien appliqué et les deux plaques placées bien horizontalement et parallèlement au plan antérieur du genou, leur rapprochement et, par suite, celui des fragments de la rotule doit s'effectuer dans la direction de l'axe de la rotule. Pour implanter les griffes, l'on se sert d'un manche qui s'adapte grâce à une armature convenable à chacune des plaques et qui donne une grande force. Telle est la description sommaire de l'appareil de Duplay décrit très en détail avec figures dans son mémoire des *Archives de médecine* (1887, avril, p. 292) et dans la thèse de Ballue (Du traitement des fractures transversales de la rotule par la griffe de M. Duplay, Paris, 1886).

Voici maintenant comment on l'applique. Après avoir mis le membre dans l'extension complète et l'avoir immobilisé dans une gouttière plâtrée, on lave et on brosse le champ opératoire comme pour une opération; M. Duplay conseille de chloroformer le patient, moins pour la douleur que pour relâcher le triceps et permettre le rapprochement facile des fragments. A notre avis l'on pourra s'en dispenser dans le plus grand nombre des cas, en mettant le membre en légère élévation; l'emploi du chloroforme compliquera, en effet, beaucoup l'application, surtout pour le praticien livré à ses propres ressources. Le genou étant lavé à la liqueur de van Swieten, les griffes ayant eté trempées, avec tout leur attirail, dans l'eau bouillante, puis dans l'eau phéniquée forte, on enfonce brusquement la supérieure au-dessus du fragment supérieur, de sorte que les pointes pénètrent dans la partie inférieure du bord supérieur de l'os, après avoir tendu la peau en haut; l'inférieure sera enfoncée de façon que la pointe du fragment inférieur réponde à l'écartement des deux crochets. Ceci fait, on glisse dans les tubes métalliques l'armature en forme d'épingle à cheveux qui doit rendre les deux griffes solidaires; puis on introduit la vis dans les deux écrous et on opère le rapprochement avec la clef qui s'y adapte. Le chirurgien suit avec le doigt la manière dont il s'effectue, et ne s'arrête que lorsque la coaptation est complète.

Quand celle-ci est imparfaite, c'est qu'il y a une faute presque toujours dans l'application de la griffe supérieure, qu'il faudra alors enlever et replacer dans de bonnes conditions, c'est-à-dire de telle sorte qu'elle accroche le bord supérieur du fragment supérieur.

Le pansement consiste dans l'application d'une couche de vaseline antiseptique salolée (10 pour 100) ou iodoformée (3 pour 20) et de compresses phéniquées ou sublimées.

La réaction est généralement très peu considérable, le malade souffre un peu les premières vingt-quatre heures; puis tout disparaît. Bien entendu, le pansement sera renouvelé quand il le faudra (tous les deux ou trois jours); et le membre maintenu élevé dans un hamac ou à l'aide de tout autre artifice.

Les griffes seront retirées au bout de vingt-cinq ou trente jours. La consolidation est alors complète presque toujours et l'on pourra, après avoir enlevé l'appareil inamovible, commencer de légers mouvements. Les petites plaies résultant de l'ablation se cicatrisent, sans aucun inconvénient sous un pansement salolé ou iodoformé au bout de quelques jours.

Telle est la manière de faire préconisée par M. Duplay et que j'ai vu réussir parfaitement dans les cas où je l'ai employée.

Quant à la suture osseuse immédiate, telle que le pratique M. le Dr Lucas Championnière, je la rejette absolument dans les cas de fracture fermée. Il s'agit, en effet, alors d'une opération où la moindre faute contre l'antisepsie expose à la suppuration de l'articulation du genou et à toutes ses conséquences. Autant l'audace du chirurgien est légitime quand il s'agit de sauver la vie d'un blessé, autant elle ne saurait, à moins de conditions exceptionnelles, se justifier en présence d'une lésion qui ne met nullement sa vie en danger et qui est susceptible de guérir aussi bien par des traitements dépourvus de danger.

Digitized by Google

Si l'on n'a pas à sa disposition les griffes de Duplay, on pourra avec avantage, dans les cas moyens, se servir, pour rapprocher les fragments, de l'appareil du professeur Le Fort. Il consiste en deux lames épaisses de gutta-percha, échancrées en sens inverse, embrassant par leur concavité les fragments rotuliens. Ces deux lames sont fixées sur le genou à l'aide de bandelettes de diachylon, munies d'agrafes qui servent à les rapprocher l'une de l'autre à l'aide d'un gros fil élastique ou d'un drain. On n'obtient pas de la sorte la correction de consolidation des griffes que nous recommandons très instamment, à condition qu'on ne les enfonce pas malencontreusement jusque dans la cavité articulaire et que l'on suive toutes les règles d'une antisepsie minutieuse.

Quand l'écartement des fragments est très considérable, que faire dans les cas de fractures récentes? Cet écartement étant presque toujours dû, une fois que les liquides intraarticulaires ont été résorbés, à la rétraction du triceps, ou plutôt à sa contracture, c'est alors qu'il faut donner le chloroforme, ramener les morceaux de l'os en contact et appliquer encore, ainsi que nous l'avons décrit, les griffes de Duplay.

Quand l'appareil aura été levé, au bout de vingt-cinq, trente, trente-cinq jours suivant les circonstances, il sera bon de ne pas abandonner le blessé, mais de faire du massage de l'articulation, de la mobiliser peu à peu, d'électriser le triceps pour combattre l'atrophie qui s'est presque toujours produite et ramener des fonctions aussi parfaites que possible avec un cal qui sera presque toujours fibreux pour peu qu'il ait persisté un peu d'écartement entre les fragments, qui sera ostéofibreux et osseux si la coaptation a été bien faite et bien maintenue. Quand la fracture de la rotule est compliquée de plaie, et que le foyer communique avec l'extérieur, c'est alors qu'il n'y a pas à hésiter à faire la suture de l'os; l'on n'ajoute, en effet, rien à la gravité de la situation; mais encore faut-il que les fragments se prêtent à l'opération, et qu'il existe entre eux une tendance à l'écartement, ce qui n'est souvent pas le cas dans les fractures directes, De toutes façons, elles seront pansées comme toutes les fractures compliquées.

Fractures anciennes. — Celles-ci ne tombent sous le coup de la chirurgie que lorsque l'individu qui en est porteur est impotent et réclame un remède contre son infirmité. Le traitement dépendra dans ces cas de trois facteurs : l'état de l'articulation, le degré d'écartement des fragments, le degré d'atrophie des muscles de la cuisse. La mobilisation du genou, les appareils orthopédiques à traction élastique ou autres, la suture de la rotule interviendront suivant les conditions spéciales que présentera le blessé. Nous y reviendrons dans un prochain article.

Dr E. Schwartz,
Professeur agrégé de la Faculté,
Chirurgien de la Maison municipale de Santé.

REVUE DES THÈSES

De l'action de la resorcine dans le traitement de la vaginite blennorrhagique, par le Dr Dubard. (*Thèse de Paris*, 1889).

D'après les observations de l'auteur, prises à l'hôpital de Lourcine, la résorcine est un des meilleurs antiseptiques applicables à la vaginite blennorrhagique. Elle doit être employée en solution à 12 0/0 à l'aide de tampons de coton antiseptique. Cette solution est légèrement caustique et détermine une desquamation des couches superficielles de la muqueuse vaginale. Dès le quatrième pansement l'écoulement est modifié, cesse d'être purulent et disparaît vers le huitième jour. M. Dubard a constaté qu'à cette dernière période, l'écoulement ne contenait plus de gonocoques et qu'il avait, par conséquent, perdu sa spécificité. Ce traitement est donc à essayer, car on sait combien la vaginite blennorrhagique est rebelle chez la femme.

H. M.

Contribution à l'étude de l'étiologie de la paralysie générale progressive, par M. le Dr Evrard. (*Thèse de Paris*, 1889).

La paralysie générale est, à notre époque, l'une des plus fréquentes surtout parmi les classes élevées de la société. Ses symptômes, sa marche, ses lésions sont aujourd'hui bien connues; il n'en est pas de même de son étiologie; les discussions sont loin d'être closes à ce sujet

Parmi les antécédents héréditaires de beaucoup de paralytiques généraux, on note les congestions cérébrale ou pulmonaire et l'arthritisme avec les nombreuses manifestations de cette diathèse si bien nommée diathèse congestive. L'hérédité des tendances congestives et de tout ce qui dispose à la congestion cérébrale : suppression d'un flux hémorroïdaire, des menstrues, chagrins prolongés, excès vénériens, sont aujourd'hui des causes de paralysie générale bien reconnues. L'alcoolisme, s'il est incapable de produire à lui seul les lésions de la périencéphalite diffuse chronique, joue certainement sur un terrain préparé un rôle occasionnel considérable.

L'influence de la syphilis doit être réservée : tandis que certains auteurs admettent qu'elle peut créer la paralysie générale de toutes pièces, d'autres pensent que ses lésions, diffusées à la surface du cerveau, provoquent des symptômes analogues à ceux de la paralysie générale, mais non une vraie périencéphalite diffuse. D'ailleurs, la pseudo-paralysie générale est curable au début, tandis que la seconde ne l'est jamais.

H. M.

De l'état mental chez les apoplectiques, par M. le Dr Ferrire (*Thèse de Paris*, 1889).

L'auteur décrit les lésions de l'endartrite, de la périartérite, puis les anévrismes miliaires formant le foyer hémorragique ou le foyer de ramollissement, puis les lésions de la congestion.

Il distingue tout d'abord les apoplectiques simples sans troubles mentaux appréciables nettement; puis les apoplectiques à démence confirmée qu'il ne parait distinguer de l'anévrisme sénile simple. Il examine ensuite les apoplectiques avec idées délirantes hypocondriaques, mais sans faire la part des troubles morbides acquis de ces apoplectiques, puis les idées mélancoliques simples ou anxieuses. Il décrit assez bien les idées de persécution et admet comme rares les idées ambitieuses et les idées religieuses; ces deux manifestations délirantes ne sont pourtant pas rares, mais sont moins un motif de séquestration, ce qui expliquerait le silence de l'auteur à leur égard. Il insiste avec raison sur l'émotivité des apoplectiques, mais partage à tort l'opinion que celle-ci serait plus fréquente chez les hémiplégiques du côté gauche, et que le lobe temporal gauche est un centre modérateur des émotions. Si l'auteur avait songé à la

Digitized by Google

quantité d'aphasiques qui pleurent en essayant de parler, il ne se serait pas arrêté à cette théorie.

Le diagnostic avec la démence sérile et avec la paralysie générale, méritaient plus de développements. — Seize observations à l'appui, intéressantes à consulter.

Dr Charpentier.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MALADIE DES ENFANTS

I. **Le narcisse des prés dans la médecine des enfants.** — « Le meilleur moyen de faire de la thérapeutique » nouvelle est encore d'étudier les médicaments anciens ». M. le Dr Huchard s'exprimait ainsi, dans l'une de ses conférences cliniques et l'a prouvé à propos du narcisse des prés.

Les feuilles, les fleurs et surtout les bulbes de cette plante rendent à celui qui sait les prescrire, des services dans la thérapeutique infantile à titre de médicament vomitif.

Infusion vomitive. — En voici la formule :

Fleurs de narcisse des près.	2 à 3	grammes.
Eau.....	150	—

Faire une infusion pendant vingt minutes et administrer *à chaud*; l'effet émétique étant plus rapide que si on ingère la préparation froide (Loislaux-Deslongchamps).

Potion vomitive. — Avec M. Huchard, on peut l'ordonner ainsi :

Narcisse des prés.....	3	grammes.
Eau bouillante.....	150	—
Sirop de gomme	40	—

La dose de trois grammes suffit chez un enfant. On doit la porter à cinq grammes chez l'adulte.

DERMATOLOGIE

II. **Un traitement microbicide du lupus.** — Notre distingué collaborateur, M. Brocq, est partisan des cautérisations ignées avec le galvanocautère, assez profondes, pour pénétrer jusqu'aux limites du mal. Toutefois, il prescrit le traitement préparatoire suivant, qui consiste : 1° en lotions quotidiennes antiseptiques ; 2° en applications de l'emplâtre mercuriel composé de Vidal, ou, si la tolérance des tissus est suffisante, de l'emplâtre classique de Vigo.

1° *Lotions antiseptiques au sublimé* ; on les pratique avec la solution suivante :

Bichlorure de mercure.....	2	grammes
Alcool.....	100	—
Eau distillée.....	900	—

2° *Emplâtre mercuriel composé.* Voici la formule de M. Vidal :

Minium.....	2	grammes	50
Cinabre.....	1	—	50
Emplâtre diachylon.....	2	—	»

Cet emplâtre est moins irritant que l'emplâtre classique de Vigo.

GYNÉCOLOGIE

III. **Un traitement de la métrite hémorragique.** — Nous l'empruntons à la méthode recommandée par M. Tillaux. Il consiste : 1° à antiseptiser le vagin ; 2° à pratiquer l'hémostase.

1° *Antisepsie du vagin.* A cet effet, on introduit le speculum et on pratique une irrigation abondante avec la liqueur de Van Swieten.

2° *Hémostase.* Un tampon de ouate hydrophile imbibé de la solution de perchlorure de fer à 33 pour cent, est appliqué sur le col de façon à en boucher l'orifice.

Comme moyen de contention, tamponner avec deux ou trois tampons secs d'ouate hydrophile. On retire le spéculum et on laisse les tampons en place pendant quarante-huit heures au plus et trente-six heures au moins.

Après l'opération, la malade doit demeurer dans le décubitus dorsal et les jambes demi-fléchies.

En cas d'échec, dilatation du col, raclage et attouchement avec le chlorure de zinc dilué à 5 pour cent.

Ch. Eloy.

CHRONIQUE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Le prochain appel des médecins de réserve. — Une circulaire et un programme. — A propos du statut personnel. — Le Louvois de l'hygiène militaire.

Un bon vent souffle toujours du côté de la rue Saint-Dominique. C'est le vent de la sagesse et du patriotisme.

Il y a deux semaines nous faisions connaître l'ordre ministériel prescrivant la convocation, au moment des manœuvres prochaines d'une série relativement nombreuse de médecins-majors et d'aides-majors de réserve.

Rien de surprenant, c'est l'usage et la loi. Ce qui est plus nouveau, assurément très heureux et jusqu'à présent moins connu, c'est la circulaire du 4 juin dernier — l'exactitude du renseignement est certaine, — par laquelle, dit-on, la septième direction invite les directeurs du service de santé de corps d'armée à préparer d'urgence un emploi du temps, conforme au programme qui a été suivi par nos confrères de l'armée territoriale pendant leur récente période d'instruction.

Nous avons en temps utile publié ce programme, et rendu un juste hommage à l'esprit de sagesse de ses rédacteurs. Nous avons aussi fait connaître les excellents résultats d'une instruction militaire si bien comprise et si courtoisement enseignée.

Conférences par les médecins instructeurs, explication et application du service de santé à l'intérieur et en campagne; visites détaillées des infirmiers, des hôpitaux, des magasins et des dortoirs dans quelques garnisons, exercices sur le terrain et exercices d'embarquement; en trois mots, de la pratique, et selon une expression en faveur, des leçons de choses.

La réalisation de ce programme a suffi et suffira encore pour donner aux médecins une instruction militaire qu'il leur est indispensable de posséder dès le premier jour de la mobilisation. Voici cependant une objection que l'un de nos honorables correspondants nous adresse. Il est vraisemblablement intéressé dans la question. Il la formule en ces termes :

« Ne serait-il pas utile, dans le cours de l'une de ces » conférences, de fixer les médecins de réserve et de » l'armée territoriale sur leurs obligations et leurs droits, » en leur expliquant sommairement les articles princi-

Digitized by Google

» paux des lois et des règlements relatifs à l'état des » officiers? »

Je reproduis l'objection sans en discuter la valeur, mais en répondant non, à mon correspondant. Pourquoi compliquer le programme de ces conférences, et demander une leçon de droit militaire sur le *statut personnel* des officiers du corps de santé? Je sais que les règlements sont multiples, mais des écrivains ont pris soin de les codifier dans de petits volumes, témoin le *Code manuel des médecins de la réserve et de l'armée territoriale*, de notre estimé confrère militaire, M. Léon Collin. Voilà en effet le *vade mecum* où, avant l'appel, pendant la convocation, et dans toutes les circonstances de la vie militaire, nos confrères trouveront toujours les renseignements qu'un conférencier éloquent et disert ne saurait donner aussi complètement. A quoi bon des conférences, quand le livre suffit?

Je me répète donc, un bon vent souffle du côté de la rue Saint-Dominique. C'est lui qui nous apporte l'écho des réformes dont le chef éminent de la septième direction a pris l'initiative. C'est lui qui nous apporte cet autre bruit d'après lequel l'histoire impartiale, oublieuse des querelles politiques, donnera sans doute à un ministre le surnom mérité du Louvois de l'hygiène militaire.

CH. ELOY.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES
DE L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE. **Société dermatologique de Berlin** (6 mai 1890). I. *La sidérose des piqueurs de meules.* — ANGLETERRE. **Société clinique de Londres** (23 mai 1890). II. *Traitement de la phtisie par les inhalations d'air surchauffé.* — AUTRICHE. **Société des médecins de Vienne** (30 mai 1890). III. *Gangrène pulmonaire d'origine alimentaire.* — BELGIQUE. **Académie de médecine** (31 mai 1890). IV. *Rétrécissement du bassin et accouchement prématuré.* — ITALIE. **Société médicale de Bologne** (28 mars 1890). V. *Herpès, zoster et influenza.*

I. **La sidérose des piqueurs de meules.** — Cette lésion cutanée professionnelle s'observe, d'après M. BLASHKO, sur la main droite et, plus rarement, sur la main gauche des ouvriers qui, depuis longtemps, sont employés au repiquage des meules. Elle est due à l'incrustation dans la peau des parcelles d'acier projetées par le choc du marteau sur la meule.

L'oxydation du métal produit des taches noires permanentes et plus apparentes sur le dos des doigts et au niveau des premières et deuxièmes phalanges. Cette pigmentation forme une sorte de tatouage, mais ne cause à ceux qui en sont porteurs aucune incommodité. Ce sont donc là des stigmates professionnels dont la médecine légale peut tirer profit pour la détermination de l'identité.

II. **Traitement de la phtisie par les inhalations d'air surchauffé.** — Décidément, cette médication fameuse a déjà cessé de guérir. En Amérique, sa patrie d'origine, on la condamne (1). En Allemagne, M. Schwalb (*Deut. Medical Woch.*), vient aussi de prouver son impuissance à modifier la température de la colonne d'air contenue dans les voies aériennes et et conséquemment à détruire le bacille. Il y a huit jours, à l'Académie de médecine, M. Dujardin Baumetz passait aussi condamnation contre cette médication retentissante, et dont le journal qu'il dirige n'avait jamais mentionné, sans doute, les étonnants succès (1).

M. TAYLOR le condamne aussi. Il a traité par les inhalations d'air surchauffé à 300° Farenheit quatre phtisiques, dont deux étaient aussi atteints de complications laryngées.

Malgré l'élévation de cette température, le pouls, la respiration et la température des malades ne variaient point. Ils n'accusèrent donc, cela s'explique, aucun malaise; et, est-il besoin de l'ajouter, ils n'éprouvèrent point non plus d'améliorations. Ce n'est pas tout, la démonstration de M. Taylor est complète. Il a pu prendre la température pulmonaire dans deux cavernes pulmonaires, préalablement drainées et en communication avec les bronches. L'élévation de la colonne thermométrique était nulle dans une expérience et ne dépassait pas 1° Farenheit dans l'autre.

Ces faits sont démonstratifs; ils prouvent l'impuissance thérapeutique et les contradictions physiologiques de cette médication. MM. HACH, MACFERLANE et la majorité des membres de la Société partagent cette opinion, qui est celle de la plupart des médecins anglais.

III. **Gangrène pulmonaire d'origine alimentaire.** — L'étiologie de cet accident n'est point inédite M. SCHROETTER l'admet; s'il produit cette observation, c'est pour établir la difficulté du diagnostic.

En mars dernier, le malade, homme, alors indemne de toute affection pulmonaire, éprouva des douleurs thoraciques et des frissons. On l'ausculte : les signes objectifs sont nuls. Un mois après, expectoration purulente, odeur fétide de l'haleine, bientôt fétidité des crachats. On soupçonne la gangrène pulmonaire sans en expliquer l'origine. Enfin, quelques jours se passent et le malade expectore dans ses crachats des débris de matières alimentaires qui avaient joué le rôle d'un corps étranger. L'amélioration fut immédiate et le malade est guéri.

La gangrène pulmonaire due à cette cause n'est point toujours mortelle. M. Schroetter a été déjà témoin de deux cas semblables et son opinion est partagée par la plupart de ses collègues.

IV. **Rétrécissement du bassin et accouchement prématuré.** — Quelle est la limite de rétrécissement du bassin, au-dessous de laquelle l'accouchement prématuré devient impossible? Il y a désaccord entre les accoucheurs. M. CHARLES (de Liège), l'estime à sept centimètres. Au-dessous de cette limite, il faut, à son avis, pratiquer l'opération césarienne.

Non, répond M. Hubert (de Bruxelles), cette limite peut être abaissée jusqu'à 6 cent. et demi et même 6 centimètres. Pour motiver cette opinion, notre confrère invoque le diamètre moyen de la tête du fœtus au septième mois. Ce diamètre est de 7 centimètres, et de plus, ajoute-t-il, la tête est plus malléable qu'au neuvième mois. Ce n'est donc qu'au-dessous de cette limite qu'il faut intervenir chirurgicalement.

V. — **Herpès zoster et influenza.** — Les complications de la grippe deviennent innombrables. L'herpès zoster succédant à cette maladie, serait-il une affection par simple coïncidence ou ayant avec elle des rapports de causalité? On se le demande

M. FINZI n'éprouve pas cette hésitation. Il a vu un garçon de 15 ans qui, dans la convalescence de l'influenza, éprouva une violente névralgie intercostale du côté droit, suivie d'une éruption de vésicules de zona. Cette éruption dura huit ou dix jours. Dans la séance de la Société de médecine de Bologne où il donna connaissance de ce cas, un de ses collègues, M. Camillo Moglia rapportait un fait semblable. Il s'agissait d'une jeune fille de 18 ans, chez laquelle le zona dura un mois.

(1) Voir : *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, n° 22, 1890.

(1) Voir *Bulletin général de thérapeutique*, 1890.

Digitized by Google

Les deux observateurs italiens ont mis à l'essai le même traitement. Ils administrèrent tous deux l'antipyrine mais avec des résultats différents : M. Finzi, avec succès ; M. Moglia, sans résultat. Ainsi donc, il est fort difficile de se prononcer sur la cause de ce zona et, ici comme dans toute l'histoire de l'influenza, il paraît plus facile, n'est ce pas, d'enregistrer les faits cliniques que de les interpréter ? Dr K.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 juin 1890

Présidence de M. le Dr Nicaise

Ablation d'une tumeur du rein gauche. — Guérison. — M. Terrillon opérait, le 1er février 1888, une femme de quarante-cinq ans, atteinte depuis plusieurs mois d'une volumineuse tumeur du rein gauche, avec hématuries abondantes. Limité en bas par la crête iliaque, en haut par la rate, le néoplasme avançait en avant jusqu'à la ligne blanche. C'est par cette voie que M. Terrillon résolut de l'attaquer. Une incision fut pratiquée à gauche, au dehors du muscle grand droit de l'abdomen ; puis, le péritoine étant ouvert et l'intestin refoulé en dehors, le chirurgien découvrit la tumeur, qu'il eut beaucoup de peine à décortiquer.

Elle était tout entière comprise dans le rein. Après l'énucléation, on constata que cet organe mesurait 22 centimètres en longueur sur 19 en largeur. Le pédicule fut lié à la soie et rentré dans l'abdomen ; les lambeaux de décortication furent fixés sur les bords de la plaie, et celle-ci entièrement fermée. La malade supporta parfaitement l'opération, et, depuis deux ans, la guérison ne s'est pas démentie. La tumeur occupait les quatre cinquièmes supérieurs du rein, qui était bosselé dans toute cette étendue et pénétrait jusque dans le bassinet ; au-dessous, le tissu rénal était sain. La tumeur était constituée par de l'épithélioma à cellules cylindriques.

M. Quenu a présenté, il y a trois mois, une observation analogue de tumeur rénale enlevée par la voie abdominale ; le succès fut complet.

M. Segond présente un jeune garçon qu'il a opéré avec succès d'une exstrophie vésicale par la méthode autoplastique. La vessie, complètement fermée, est tapissée d'une surface muqueuse sur toute sa surface interne, ce qui n'avait pas été obtenu jusqu'à ce jour.

M. Nimier lit un rapport sur trois observations de M. Hoty : 1° sur un cas de *rupture traumatique de l'intestin* par coup de pied de cheval : laparotomie ; suture de l'intestin ; guérison ; 2° sur un cas de *trépanation du crâne* ; 3° sur un cas d'*ostéite tuberculeuse de la symphise pubienne*.

H. M.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 juin 1890

Présidence de M. le Dr Dumontpallier

Traitement de la pleurésie purulente. — M. Bucquoy. — L'étude de la pleurésie purulente comporte une double question : l'une de doctrine, l'autre de pratique. La première a pris une grande importance depuis que la bactériologie a montré l'existence de diverses variétés purulentes, suivant les espèces de micro-organismes contenus dans les liquides épanchés.

La seconde a fait de grands progrès par l'emploi rigoureux de la méthode antiseptique. La mortalité, qui était autrefois de 30 0/0, a été réduite au quart. De plus, les suites et la durée du traitement ont été abrégées par la rareté des suppurations prolongées et des fistules interminables. La pleurotomie antiseptique précoce a renversé ces rapports.

M. Bucquoy apporte son contingent de quatre cas en faveur de la méthode.

Premier cas. — Un ecclésiastique, âgé de cinquante ans, arthritique, contracte, en janvier 1887, une pneumonie du sommet gauche, avec congestion pulmonaire généralisée. Pleurésie purulente métapneumonique à gauche ; ponction le 25 janvier. Le liquide se reproduit : empyème antiseptique, suivi d'un seul lavage, le 4 février. Guérison complète en mars.

Deuxième cas. — Jeune homme atteint d'une pleurésie purulente à droite, à forme asphyxique ; pleurotomie le 10 mai ; pas de lavage ; drainage de la plèvre ; guérison le 4 juin.

Troisième cas. — Homme atteint de pleurésie gauche en novembre 1888, terminée par résolution. Il revient à l'Hôtel-Dieu, un an après, avec un nouvel épanchement du même côté : une première ponction donne un liquide purulent, avec globules graisseux, mais sans aucun microbe. L'épanchement se reproduit : pleurotomie antiseptique sans lavage, mais avec drainage. Guérison rapide.

Quatrième cas. — Il s'agissait d'une pleurésie purulente consécutive à l'influenza. M. Netter trouva de nombreux streptocoques dans l'épanchement, qui se reproduisait après deux ponctions. La pleurotomie fut pratiquée le 6 février ; pas de lavage ; drainage de la plèvre. Des complications graves survinrent : diphtérie des bords de la plaie, otite suppurée, diarrhée infectieuse ; néanmoins, le malade était guéri vers le milieu de mars.

Ainsi donc, les ponctions répétées ont été impuissantes à amener la guérison. Après la pleurotomie, celle-ci survient en général au bout d'un mois à six semaines, temps nécessaire à la cicatrisation du foyer purulent et au déplissement du poumon. On peut donc se dispenser du lavage de la plèvre, dont l'effet mécanique sert à l'expulsion des néo-membranes et non à la destruction des microbes contenus dans l'épaisseur de la séreuse enflammée. Un gros drain doit assurer le libre écoulement des liquides.

En résumé, on doit : 1° pratiquer une antisepsie rigoureuse dans l'opération et les pansements ; 2° ouvrir largement la plèvre, dès que l'on a constaté la présence du pus ; 3° s'abstenir de tout lavage, à moins d'un épanchement putride.

M. Netter pense que le lavage immédiat avec un agent antiseptique énergique ne possède pas seulement une action mécanique, il détruit aussi les microbes pathogènes. On en trouve la preuve dans l'inoculation des liquides d'écoulement, qui reste négative. Deux des pleurésies dont M. Bucquoy rapporte des cas sont des pleurésies métapneumoniques. Or ces pleurésies peuvent guérir avec un seul ou même sans lavage. Ces faits ne suffisent donc pas pour motiver la prohibition des lavages pour les autres pleurésies.

M. Laveran pratique une seule injection antiseptique et proscrit les lavages multiples.

M. Chantemesse pense qu'en ne faisant pas de lavage on perd les chances d'une guérison rapide ; ce lavage bien fait est exempt de danger.

M. Juhel-Rénoy a rapporté des exemples de pleurésies à pneumocoques guéries par la ponction simple, suivie d'un lavage antiseptique. Cette méthode peut donc dispenser de la pleurotomie, dont on connaît les dangers.

Dr H. Marciguey.

Digitized by Google

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 juin 1890

Présidence de M. le Dr MOUTARD-MARTIN

M. BUDIN lit un rapport sur une réclamation de priorité faite par M. le Dr Delotz (de Saint-Flour), au sujet de l'*endocardite puerpérale*. Il résulte que ce médecin est fondé dans sa réclamation et l'Académie en prend acte.

M. le Dr THÉVARD présente une malade chez laquelle il a fait avec succès la laparotomie pour une rupture utérine pendant le travail.

M. MICHAUX lit une note sur la *cholecystectomie*.

Mode d'action du chloroforme et mécanisme des accidents. — M. LABORDE continue sa communication. Il maintient que la physiologie et l'expérimentation sont la base de la médecine. On reproche au physiologiste de faire des hypothèses non transportables en clinique. Il est vrai qu'on fait des hypothèses, mais c'est pour arriver à la vérité. L'expérimentateur part du fait pour arriver à l'appliquer à l'état pathologique. Il se produit des accidents très graves pendant la période préanesthésique. Nous prenons cet accident, nous le reproduisons et nous en étudions le mécanisme. Cela peut être fait seulement dans le laboratoire.

Enfin, il y a des cas dans lesquels le chloroforme agit comme toxique par imprégnation de l'organisme, surtout des centres nerveux. Dans ces cas, la mort arrive par arrêt de la respiration. Enfin il y a les cas dans lesquels le malade étant endormi et le chirurgien commençant son incision, le malade meurt. Ici encore, il s'agit d'un phénomène réflexe par action irritative des nerfs périphériques et par arrêt du cœur.

Dans la première, il s'agit d'un réflexe d'arrêt sur l'appareil cardio-pulmonaire. Il en résulte une syncope cardiaque ou respiratoire, quelquefois les deux ensemble. En général, c'est la syncope cardiaque qui se produit. Immédiatement après la première période de chloroformisation, il y a une autre période dans laquelle les vapeurs de chloroforme vont toucher les bronches. Les accidents qui se produisent sont tributaires du même mécanisme réflexe, l'arrêt circulatoire.

Après cette phase, on entre dans la première période de la chloroformisation proprement dite : on a des phénomènes d'excitation cérébrale et motrice ; phénomènes spasmodiques, spasme de la glotte, phénomènes tétaniques dans la sphère des muscles respiratoires, d'où des phénomènes d'asphyxie par irrégularité de la respiration.

On dit qu'on ne peut conclure de l'animal à l'homme. M. Laborde montre que c'est une erreur. M. Verneuil ne veut pas du laboratoire. Il a été pourtant l'instigateur de la souscription faite pour établir des laboratoires consacrés à l'étude de la tuberculose. M. Verneuil dit qu'il n'y a pas d'expérience donnant le mécanisme des accidents chloroformiques et le moyen d'y remédier. C'est une erreur. Dans l'action du chloroforme, il faut distinguer plusieurs phases. D'abord, il y a l'action primitive du chloroforme, l'action des vapeurs sur les muqueuses : c'est une action irritative. Ensuite, il y a l'action consécutive à l'imprégnation de l'organisme par le chloroforme : c'est l'action toxique.

Elections. Sont nommés correspondants dans la 2e division : M. Lanelongue (de Bordeaux), 48 voix sur 65 votants, et M. Pamard (d'Avignon), 28 voix sur 54 votants.

F. R.

BULLETIN DE LA SEMAINE

La constitution de l'Université de Paris. — Un prospectus de réclame médicale. — Le prix courant de la gloire. — Les lapins devant l'Académie.

Les fêtes de Montpellier et les allocutions ministérielles dont elles ont été l'occasion, auront-elles pour résultat de hâter la constitution de l'Université de Paris ?

Il faut le croire et ne point s'en étonner. On parle à Montpellier, et c'est Paris qui répond ! Voilà donc l'une des formes de la décentralisation que depuis si longtemps on nous promet.

Hier matin, lundi, cet effet à distance, ou, pour parler la langue des physiologistes, ce réflexe s'est produit, ou plutôt s'est traduit sous la forme d'un rapport au Conseil général des Facultés.

Ce rapport a M. Lavisse pour auteur. Cela suffit pour connaître l'esprit suivant lequel il a été rédigé, les arguments qui lui servent de base et les conclusions favorables qui le terminent.

Ce rapport, me dit-on, sera vraisemblablement adopté dans la prochaine réunion du Conseil des Facultés. Dans l'affirmative — c'est mon informateur qui parle, toujours, — l'Université de Paris aurait quelque chance d'être constituée dès le début de la prochaine année scolaire.

*
* *

Voilà donc l'événement universitaire de la semaine.

Au point de vue professionnel, en voici un autre. Je le trouve dans le document suivant, qu'un honorable confrère me communique, et qu'il n'a pas été seul à recevoir :

Paris, le... 1890.

La Direction de..., journal quotidien comptant vingt années d'existence, lu par l'élite de la Société française, se propose de publier des articles spéciaux sur les villes d'Eaux et Bains de mer. La Rédaction en sera confiée à l'une des notabilités du monde médical de Paris.

Si vous avez l'intention de prendre part à cette excellente publicité dans le corps même des articles, par des insertions *ad hoc*, indiquant vos nom, adresse et principaux travaux médicaux, veuillez nous en informer et nous vous ferons connaître les conditions des insertions.

L'Administrateur... : XXX.

Je comprends l'indignation de mon honorable correspondant, j'admire sa sincérité, mais je ne partage point son émotion.

Cette circulaire possède un grand mérite, celle de la franchise. Elle établit qu'il y a des gens pour lesquels la commercialisation de la médecine n'est pas seulement une association de mots. C'est un document, et ce document exprime en lettres moulées, ce que tout bas, à voix trop basse, on se répétait depuis longtemps sous le manteau de la cheminée.

Quel est le prix courant de cette réclame ? Ce prospectus omet de le dire, il est probable que le marché se débat entre preneurs et vendeurs.

Toutes les renommées ne possèdent pas une égale valeur. La gloire tapageuse de l'académicien bavard et thérapeute ne s'estime pas, sans doute, au taux de celle d'un humble aspirant au fauteuil. A chacun selon

Digitized by Google

ses moyens! L'un voyagera en *sleeping-car*, dans le train express de la réclame; l'autre se contentera d'un banc de bois de troisième classe et d'un train-omnibus.

Il y a gloire et gloire et, pour être complet, ce document devrait faire connaître le tarif auquel on aura cette gloire et le prix auquel on l'achète. Ce document est fin de siècle, rien de plus, rien de moins.

En ce temps où, sur le papier, on réorganise si souvent la médecine, voilà une réforme à faire : c'est celle de la réclame médicale.

***

Extrait du *Bulletin de l'Académie de Médecine*, t. XXIII, 3e série, n° 21, p. 553 (séance du 27 mai 1890, discussion sur les anesthésiques et le chloroforme). Voici un passage du mémorable discours de M. Laborde :

Non, je ne puis me résigner à entendre ou à relire les paroles fixées en caractères ineffaçables dans nos Bulletins, sans protester de suite et énergiquement, au nom de tous les lapins de laboratoire, car il n'en est pas un qui, s'il lui était donné de pouvoir relever l'injure faite par ce déni de justice à sa capacité et à son efficacité expérimentales, ne se levât pour venger et pour faire éclater la vérité dans une démonstration immédiate et irrecusable.

Cette invocation si émue — « aux lapins de laboratoire » — ne devait-elle pas être signalée à nos lecteurs? Quand l'éloquence s'élève à cette hauteur, elle mérite les honneurs de la postérité. Ces paroles seront donc gravées — « en caractères ineffaçables » — dans « les *Bulletins de l'Académie* ».

CH. ELOY.

INFORMATIONS

PARIS

A propos du Congrès international des sciences médicales de Berlin de 1890. — M. le Dr R. Virchow, président du Comité d'organisation du Congrès international des sciences médicales qui doit s'ouvrir à Berlin dans les premiers jours d'août 1890, adresse à ses confrères « de toutes les parties du monde », les paroles suivantes dans le 120e volume des *Archives* dont il est le directeur et qui portent son nom :

« Appelés à offrir notre hospitalité, nous avons l'espérance » de voir parmi nous les confrères de toutes les parties du » monde. Ils peuvent être convaincus de notre désir de tout » faire pour rendre à la fois utile et agréable, leur séjour dans » notre ville et dans notre pays. Nous sommes prêts à profiter » de leur expérience, et nous serions heureux s'ils trouvaient » chez nous quelque chose qui pût servir à leur instruction. » Nous n'introduirons dans les débats scientifiques et dans les » réunions rien qui leur soit et qui doive leur être étranger ; » nous ne blesserons ni leurs sentiments patriotiques, ni leurs » idées religieuses. Si tous, nous nous respectons mutuellement » comme confrères et aussi un peu comme hommes, il nous sera » facile de surmonter toutes les difficultés. Médecine et huma- » nité, tel doit être le seul but du Congrès. C'est dans cet esprit » que nous avons fait les invitations, et nous espérons qu'elles » seront interprétées de cette façon. »

Voici, d'autre part, la traduction d'un article de R. Virchow que nous lisons dans la *Revue scientifique* de 1871 (2e série, 1re année, 1er semestre, page 196) :

« Il y a longtemps, lorsque je passai en revue les épidémies » de l'année 1848, j'appelai l'attention sur ce fait que les Euro- » péens étaient arrivés à un état psychopathique, j'ai remarqué » que la maladie qui se produit chez l'individu sous la forme » d'un arrêt dans l'activité du cerveau se rencontre quelquefois » aussi dans une plus grande étendue comme épidémie psy- » chique (Voyez tom. III des *Archives*, p. 8). Un aliéniste » distingué de l'Allemagne du Sud, M. Carl Stark, est arrivé à » des considérations analogues par l'étude des événements » récents (*De la dégénérescence psychique de la nation française, » son caractère pathologique, ses symptômes et ses causes.* Sutt- » gard, 1871). Il a essayé de montrer, par une analyse *exacte* » des phénomènes isolés, que **l'état mental de la nation » française se rapproche en grand de l'idiotie paralyti » qué ou de la folie raisonnante.** »

On demande si le signataire de cet article est le même que de celui du président du Comité d'organisation du Congrès international berlinois. Si c'est le même, comme tout le fait supposer, on demande si le R. Virchow de 1890 a désavoué les paroles du R. Virchow de 1871, et celles de Carl Stark, de cet « aliéniste distingué de l'Allemagne du Nord ».

R. D.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE. — **Les colonies scolaires de Munich.** — L'association qui les patronne fonctionne depuis dix ans et, pendant cette période, elle a fait bénéficié 1,718 enfants d'un séjour de trois à quatre semaines à la campagne. En 1889, ce nombre a été de 431.

Statistique des universités allemandes en 1890. — Pendant la session d'hiver de l'année 1889-1890, on a compté 29,000 étudiant, qui se répartissent ainsi : 5,500 à Berlin; 3,500 à Munich et à Leipsig; 1,200 à 1,900 à Halle, Breslau, Wurzburg, Bonne, Tubinge; 750 à 900 à Marburg, Kœnigsberg, Greifwald et Gottingue; 900 à 1,000 à Fribourg, Erlangen, Heidelberg et Strasbourg; 500 à 600 Kiel, Iéna et Giessen. Les facultés de médecine les plus fréquentées sont celles de Strasbourg, Greifswald, Wurtzbourg et Munich. Celle de Berlin ne vient qu'après elles par le nombre des étudiants.

Au total 9,103 étudiants en médecine sont en cours d'études.

AUTRICHE. — **Une femme-médecin directrice d'hôpital.** — Pour la première fois, l'autorité vient d'autoriser une femme-médecin, Mme Rosa Kerschbaum, qui a été reçue doctoresse en Suisse, à exercer la médecine en Autriche. Elle doit diriger un hôpital pour les maladies des yeux à Sclizburg.

AUSTRALIE. — **Une statistique officielle des lépreux.** — En 1889, on y comptait officiellement 30 lépreux : 12 dans la Nouvelle-Galles du Sud; 4 à Victoria, 2 dans l'Australie méridionale ; 6 dans le Queensland; 1 dans l'Australie occidentale ; 5 aux îles Fidji; 2 aux Nouvelles-Hébrides et 1 à l'île Salomon. Presque tous ces lépreux sont d'origine chinoise. On s'étonne que dans la nombreuse population chinoise de la Tasmanie la statistique officielle ne mentionne point de lépreux.

Autre lacune : il en existe sans doute aussi dans la Nouvelle-Zélande. On a donc lieu de croire que ces chiffres, malgré leur caractère officiel, sont très incomplets.

CHINE. — **L'épidémie d'influenza.** — Le dernier courrier nous apprend que l'épidémie d'influenza sévit actuellement dans les provinces limitrophes de la frontière russo-chinoise. La contagion est attribuée aux voyageurs venant de la Sibérie et de la Mandchourie ; de plus, les caractères de la maladie sont identiques à ceux de la récente épidémie européenne.

La médecine européenne en Chine. — D'après M. Thwing, il existe actuellement dans la province de Canton seize hôpitaux desservis par huit médecins européens où les Chinois peuvent se faire soigner. On se propose d'y établir un asile pour les aliénés. Enfin, on y a établi un hôpital pour les femmes chinoises.

RÉPUBLIQUE ARGENTINE. — **La déclaration obligatoire des maladies infectieuses.** — Une décision de l'autorité muni-

Digitized by Google

cipale a causé un grand et légitime émoi parmi les praticiens de Rosario. Elle rend obligatoire pour les médecins la déclaration de tous cas de maladies infectieuses et dans la nomenclature de ces maladies, comprend les affections vénériennes. On s'explique l'indignation de nos confrères argentins en présence de l'arbitraire d'une mesure qui ne respecte point le secret médical. Trop de zèle sanitaire nuit.

Russie. — **La répression des fraudes alimentaires.** — Un ukase vient de décider que tout individu convaincu d'avoir falsifié les substances alimentaires par l'addition de substances nuisibles à la santé sera passible d'une amende de 300 roubles. En cas de récidive, la pénalité sera doublée. A la troisième condamnation on ajoutera la perte des droits civils et politiques.

Statistique de la Faculté de Buenos-Ayres. — En 1889, cette Faculté comptait 430 élèves en médecine en cours d'étude; parmi lesquels 66 étaient de nationalité étrangère et 46 du sexe féminin. La plupart de ces dernières se destinent à la pratique obstétricale. En 1889, la Faculté a délivré 43 diplômes de docteur en médecine.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Nominations dans le corps de santé militaire (Réserve). *Au grade de médecin aide-major de deuxième classe.* — MM. les docteurs Siuroles, Rouby, Rivalier, Lambert, Girod, Panel, Loisnel, Vanhoutte, Vigne, André, Pruvost, Azoulay, Teulon, Fassina et de la Brosse.

Nominations dans le corps de santé de la marine : *Au de médecin principal.* — M. Giraud, médecin de première classe.

ÉTRANGER

Allemagne. — **La phtisie dans l'armée.** Tout récemment un de ces écrivains comme il y en a partout, et qui se croient les grands réformateurs de l'hygiène, déclarait que la phtisie est plus fréquente dans l'armée que dans la population civile. Il proposait donc d'exclure de l'armée, non seulement les tuberculeux et les strumeux mais, en outre, toute recrue dans la famille auquel il existerait ou il aurait existé des cas suspects.

Il ajoute de plus que chaque soldat doit posséder vingt mètres cubes d'air respirable dans les chambrées, et même coucher dans une chambre séparée. La *Deutsche militärarztliche Zeitschrift* vient, dans un article, de railler agréablement ce théoricien de l'hygiène de montrer que la phtisie n'est ni plus rare ni plus fréquente dans le milieu militaire que dans la population civile, et de prouver une fois de plus la valeur purement académique de ces bruyants réformateurs. Ce qui est vrai en Allemagne, l'est aussi ailleurs.

Espagne. — **La statistique médicale de l'armée.** M. le Dr M. Pacheco, sous-inspecteur de 1re classe de l'armée espagnole, vient de publier quelques renseignements sur ce sujet. En 1886, sur un effectif de 100.434 hommes, l'armée espagnole a compté 1.355 décès.

La mortalité se répartit ainsi par 1.000 hommes : fièvre typhoïde 2,12, tuberculose 2,66, pneumonie 1,42, variole 1, fièvre jaune 12,21 (à Cuba).

La morbidité par impaludisme s'est élevée à 29,94 pour 1.000, et celle par les maladies vénériennes à 35,69 pour 1.000. Ce dernier chiffre est plus élevé encore dans la garnison de Cuba (58,6) et très faible dans celle des Philippines (4,81).

Italie. — **Un train sanitaire de la Croix Rouge italienne.** On vient de faire circuler sur la ligne de Rome à Naples un train d'essai ainsi composé : deux wagons pour le personnel médical et administratif; un wagon d'administration ; un wagon pour officiers blessés ; deux wagons pouvant contenir chacun quatorze blessés ou malades ; un wagon pour la pharmacie et le magasin ; un pour la cuisine ; un autre pour les infirmiers et deux pour les bagages. Cet essai a réussi et ce type de train sanitaire a été adopté.

VARIÉTÉS

L'épidémie de choléra de l'année 1889. — Les premiers cas se déclarèrent à Naseryeh, ville de 3,000 habitants, située sur l'Euphrate. Du 2 au 26 août on y compta 470 décès.

Le 3 août, contamination de Shatra (374 décès); puis de Sukush et Hamsor; le 6 août de Bassorah (465 décès); le 12 de Bagdad (938 décès) et le 31, des pèlerins persans chites à Karbola (660 décès).

L'épidémie s'est répandue à l'Est, à l'Ouest et au Nord, et atteignit la frontière persane le 26 août vers Bakuba, et le 2 septembre vers Khanakin, dernier village distant de huit milles de Sabyr, en Perse. Le 25 septembre le choléra se déclarait à Kirmanshah, c'est-à-dire à 220 milles de Bagdad.

Au Nord il a atteint Kerkuk, Mosal, Keupri, Sulimania, Erbil, Ravendaz, etc., etc., causant une mortalité de 7,327 victimes. Pour compléter ces renseignements, il faudrait connaître la marche de la maladie parmi les tribus nomades. On y évalue approximativement les décès au nombre de 902, mais d'après le rapport du résident anglais à Bagdad, ce chiffre doit être doublé.

D'après ce même document, l'origine de l'épidémie serait le district de Thélia, dans lequel on trouve les conditions d'insalubrité qui, dans le delta du Gange, préparent et favorisent l'éclosion des épidémies cholériques.

La phtisie des fabricants d'aiguilles. — C'est le médecin sanitaire du district de Stratford-sur-Avon, en Angleterre, M. Tosbroki, qui signale le chiffre élevé des décès par tuberculose (7 pour cent), parmi les ouvriers employés à la fabrication des aiguilles. Il attribue la présence de la maladie à l'insalubrité générale des usines et particulièrement à l'insuffisance de la ventilation dans les ateliers.

L'exploitation des quinquinas cultivés. — M. Lamie, donne dans la *Revue médicale de Toulouse*, les renseignements suivants sur la récolte des écorces aux Indes.

L'exploitation des quinquinas cultivés ne ressemble en rien à ce qui se pratique en Amérique; on ne détruit pas l'arbre qu'on exploite. Quand celui-ci a acquis un développement jugé suffisant, on enlève des lanières verticales d'écorces séparées par des bandes un peu plus larges qu'on a soin de respecter ; puis le tronc est recouvert de mousse, ce qui permet à la nouvelle écorce de se reformer sous cet abri. L'année suivante on enlève les bandes d'écorces respectées la première année et le tronc est de nouveau recouvert de mousse; on recommence ainsi tous les deux ou trois ans. Dans certaines plantations on coupe les arbres un peu au-dessus du sol afin de permettre le développement de rejetons qui seront exploités plus tard. Dans quelques localités on établit des plantations serrées et quand les arbres ont de deux à quatre ans on les arrache et on renouvelle la plantation; on obtient ainsi non seulement l'écorce du tronc et des branches, mais encore celle des racines que l'analyse chimique a démontrée être plus riche proportionnellement en alcaloïdes.

L'exploitation au moyen du moussage est le procédé le plus général. Non seulement il permet de conserver l'arbre, mais il a pour effet d'augmenter la proportion des alcaloïdes, beaucoup plus forte dans l'écorce qui s'est développée sous la mousse. Cette augmentation porte principalement sur la quinine, le plus important d'entre eux. Ce procédé a été proposé par Mac-Ivor,

Digitized by Google

directeur du Jardin botanique d'Ootacamund ; il savait qu'en Amérique les arbres dont le tronc est le plus chargé de lichens et de plantes grimpantes, en un mot le mieux protégé contre la lumière, passent pour donner les écorces les plus estimées.

Quelques pratiques médicales dans les Vosges. — M. Fournier rapporte dans le *Bulletin médical des Vosges* que la grande préoccupatiou de nos aïeux était de conjurer le sort que le sorcier avait pu jeter.

Un fil de lin ou de chanvre, noué d'une certaine façon, frappait d'impuissance un jeune marié et l'empêchait de « couronner le mariage ».

Un prétendant évincé, un jaloux, pouvaient acheter du sorcier ce sortilège; aussi, pour le conjurer, le jeune marié devait, à l'Eglise, devant le prêtre, « étreindre la jouvencelle, en façon qu'estant l'un et l'autre agenoillés près le dit prestre, y ceulx se touchent de telle façon qu'il ne puisse être passé le doigt en travers leurs hanches, genoux et coudes... »

Ou bien, le mari devait uriner à travers l'anneau qui doit être béni le jour des noces et donné à l'épouse. Faisant cela, le sort était conjuré et le mari certain de ne pas être frappé d'impuissance.

Avant le mariage, le futur avait un moyen infaillible de s'assurer de la virginité de sa fiancée, celle-ci devait éteindre *d'un seul souffle* une chandelle allumée.

De l'eau blanche et de la cantharidine. — La *Gazette médicale de Nantes* du 12 avril, contient un article de M. le Dr Pied premier dont voici les conclusions :

I. Les vésicatoires ne révulsent pas les surfaces traitées à l'eau blanche.

II. Ce fait semble tenir à la combinaison de la cantharidine avec l'oxyde de plomb en excès dans l'eau blanche pour former un cantharidate insoluble.

III. On évite cette combinaison en traitant les régions imprégnées d'eau blanche : 1° soit à l'eau savonneuse qui enlève l'agent neutralisant ; 2° soit à la teinture d'iode ou tout autre agent chimique avide de se combiner avec un oxyde métallique en excès.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Lantier (de Paris) ; Laurent (de Vincennes) ; Almarie (de St-Amapo-Soult) ; Alba (d'Attigneville) ; Lebon (de Romille) ; Noulet et Peyreigne (de Toulouse); et Lebouvier (de St-Laurent-des-Autels).

En Angleterre : MM les Drs W. Pearce, lecteurs de pathologie interne à l'Ecole de médecine de St-Mary's Hospital, de Londres ; M. de Bartolomé (de Scheffield), ancien vice-président de la B itisch Medical Association, et G. T. Finckam, professeur à the Wesminster Hospital Medical School.

En Allemagne : M. le Dr E. Grœber, assistant de la Clinique des maladies des enfants de Munich.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

Clinique médicale

Barrs (A.). — De la nature tuberculeuse de l'épanchement pleurétique simple. (*Brit. Méd. Journal.* 10 mai 1890). p. 1058.

Charcot. — Sur un cas d'hystérie traumatique. (*Le Progrès méd.* 19 avril 1890.)

Combemale et François. — Contribution à l'étude du clou phymique. (*Bull. méd. du Nord*, 11 avril 1890.

Delépine (Scher dan). — L'influenza est-elle une maladie contagieuse ou mismatique ? (*The Practionner*, avril 1890.)

De Renzi. — Sur la paralysie de Brown-Sequard (*Revista clinica e terapeutica*, avril 1890, p. 169.)

Huglings Jakson. — Des attaques convulsives. (*The Lancet*, 29 mars 1890)

Jeaffreson. — Sur la névrite optique. (*The Lancet*, 26 avril 1890.)

Lee (Guitterez). — Pouls lent, intermittent et pathologique. (*Cronica Méd. Quir. de la Habana*, mars 1890.)

M. Call Anderson. — De l'ulcération de l'estomac. (*Brit. Méd. Journal*, 10 mai 1890, p. 105.)

Monkowski. — Diabète sucré et affections du pancréas. (*Berl. Klin. Woch.*, 1890, n° 8).

Newton Pitt. — Sur quelques lésions cérébrales. (*The Lancet*, 26 avril 1890.)

Ogden Backins. — Un cas d'insomnie temporaire complète, associé à l'épilepsie (*The med. Rec.*, 12 avril 1890)

Quinke — Pouls capillaire et pouls veineux centripète. (*Berl. Klin. Woch.*, 1890, n° 12.)

Renvers. — Ascite chyleuse. (*Berl. Klin. Woch.*, 1890, p. 114.

Serrator. — Larves de mouche trouvées dans l'estomac et la bouche. (*Berl. Klin. Woch.*, 1890, n° 7.)

Squire. — De l'infection dans l'influenza épidermique. (*The Lancet*, 19 avril 1890.)

Testi. — Du dédoublement du second bruit du cœur dans l'hypertrophie ventriculaire gauche et la sclérose mitrale. *Revista generale italiana di clinica med.*, 31 mars 1890).

Vicente Tomas. — Fièvre continue paludéenne (*Cronica Méd. Quir. de la Habana*, mars 1890).

Garofolo (Isidoro). — Amaurose quinque. (*Wien. méd. Blætter*, 1890, n° 15.)

Rosenbuch (L.). — Intoxication aiguë par la quinine, exanthème scarlatiniforme. (*Wien. Méd. Press*, 1890, n° 15.)

Clinique chirurgicale

Bland Sutton. — Remarques sur les tumeurs graisseuses (*The brit. med. journal*. 19 avril 1890).

Davis (Henry). — De l'emploi de l'anesthésie dans l'opération des tumeurs adénoïdes du nez et du pharynx (*Brit. med. journal*, 12 avril 1890).

Dittel. — Cent opérations de la pierre (*Wien. Kl. Wochenschr.*, 1890, nos 7 à 12).

Dubreuil. — Hernie inguinale congénitale étranglée (*Gaz. hebdomadaire des sciences med. de Montpellier*, 19 avril 1890).

Perreira (Cl.). — De l'ignipuncture dans le mal de Pott (*Unio medico*, janvier 1890).

Jage. — De quelques complications oculaires de la grippe (*Journal de med. de Bordeaux*, 20 avril 1890).

Halliday Crooh. — Sur quelques points de la technique de la laporotomie (*Edimburgh méd. journal*, mai 1890, p. 1012).

Hochinegg (Julius). — Chirurgie du foie (*Wien Kl. Wochenschr.*, 1890, p. 12).

Stanmore Bishop. — La cure radicale de la hernie (*The Brit. méd. journal*, 19 avril 1890).

Thorburn (William). — Un cas de perforation de l'appendice vermiforme avec péritonite généralisée (*The med. chronicle*, avril 1890).

Clinique obstétricale et gynécologique

Hirigoyen. — Obstétrique et influenza (*Journal de méd. de Bordeaux*, 13 avril 1890).

Lando-Landi. — L'albuminurie de la grossesse (*Revista Italiana di Clinica médica*, 31 mars 1890).

Lawrence (A). — Des hémorroïdes pendant la grossesse (*Brit. med. journal*, 10 mai 1890, p. 1065).

Thérapeutique et matière médicale

Lawrie (E.). — De l'antimoine dans les inflammations (*The Practitioner*, avril 1890).

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

Paris. — Imp. Charles Schlaeber, 257, rue Saint-Honoré.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE N° 25 18 JUIN 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THERAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

COMITÉ DE RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

REVUE DE MÉDECINE

La congestion pulmonaire idiopathique
(MALADIE DE WOILLEZ)

L'hyperhémie pulmonaire apparaît à titre d'épiphénomène dans une foule d'états morbides. Mais à côté de cette congestion secondaire ou symptomatique, il en existe une autre qui se manifeste à titre d'affection primitive et constitue à elle seule un type nosologique distinct : c'est la *congestion pulmonaire maladie*, comme l'appelait Woillez, ou, si l'on aime mieux, la congestion pulmonaire idiopathique.

Entrevue d'abord par Fournet (1), elle fut surtout bien étudiée par Woillez, et c'est aux recherches de ce distingué clinicien qu'elle doit son autonomie et sa vulgarisation. Mais la description de Woillez (2) ne s'adressait qu'à la congestion pulmonaire simple et dans l'esprit du médecin de Lariboisière, il n'y avait aucune relation entre elle et la pleurésie. Il appartenait à M. Potain d'établir les rapports qui existent entre l'hyperhémie du poumon et certains épanchements pleuraux, et de montrer qu'à côté de la congestion simple de Woillez, on peut observer un autre type dans lequel la fluxion ne se limite pas au parenchyme pulmonaire, mais atteint encore la séreuse pleurale.

L'exposé symptomatique de la congestion pulmonaire essentielle comporte donc la distinction de deux types cliniques :

(*a*) La congestion pulmonaire simple ou maladie de Woillez ;

(*b*) La congestion pleuro-pulmonaire ou maladie de Potain.

Dans la forme d'hyperhémie qui correspond au type de Woillez, l'affection débute avec brusquerie ; elle surprend les sujets en pleine santé, soit au moment de leur réveil, soit au milieu de leurs occupations journalières. Quelques-uns pourtant accusent de légers prodromes, tels que malaises vagues, sensation de courbature, état saburral des voies digestives. La scène s'ouvre par un frisson, qui peut être unique et solennel ou réduit à un simple frissonnement, par un point de côté, assez vif pour entraver la respiration, et par un mouvement fébrile qui d'emblée atteint son apogée. Ce mode d'invasion ressemble assez à celui de la pneumonie, d'où le nom de congestion à forme de pneumonie, sous lequel M. Queyrat (1) a décrit la modalité morbide qui nous occupe. Dès lors la maladie est constituée avec tout son cortège symptomatique.

Ce qui tourmente surtout le patient, c'est la douleur thoracique, ou, pour mieux dire, *le point de côté*. Localisé dans l'un des côtés de la poitrine, ce point a pour siège de prédilection la région sous-mammaire. Il représente un symptôme à peu près constant de la congestion idiopathique, tandis qu'il fait défaut le plus souvent dans la congestion secondaire. Exaspéré par les grandes inspirations, par la toux, ainsi que par la pression, il revêt tantôt et communément les caractères d'une douleur pleurodynique, tantôt et rarement ceux d'une névralgie intercostale. Il est souvent très intense au début, mais au bout de deux ou trois jours, il s'atténue et finit par céder.

Avec le point de côté se montre une *dyspnée* plus ou moins vive ; celle-ci est le plus ordinairement le fait de la douleur elle-même qui oblige le malade à immobiliser en partie son thorax ; bien moins souvent elle est sous la dépendance directe de la lésion pulmonaire.

Quant à la *toux*, elle est peu fréquente, voire même nulle. Son peu d'importance, dit Woillez, est un des bons caractères de l'affection. A son défaut, on peut noter, d'après le même auteur, une particularité de l'expiration qui est comme « toussée. »

La rareté de la toux entraîne la rareté de l'*expectoration*. Celle-ci toutefois doit être soigneusement examinée en raison de ses caractères très significatifs Les crachats sont blancs, mousseux, aérés ; ils surnagent dans un liquide sirupeux, dont l'aspect a été comparé à celui d'une *solution de gomme*. Dans les cas types, ces crachats sont absolument incolores ; ils peuvent contenir parfois quelques stries de sang ; dans des cas exceptionnels, ils dissolvent un peu d'hémoglobine et sont colorés en rose vif ; mais jamais ils n'ont l'adhérence et la teinte rouillée de l'expectoration pneumonique.

La *fièvre*, qui s'ajoute à ces symptômes locaux, est très variable comme intensité : elle peut atteindre 40° ou ne pas dépasser 38°. Très irrégulière dans son allure, elle est dépourvue de toute apparence cyclique. Ce qui la distingue, c'est sa durée éphémère : trois ou quatre jours après le début de la maladie, la fièvre n'existe plus.

Ces différentes manifestations, fièvre, dyspnée, point

(1) FOURNET. Recherches cliniques sur l'auscultation, 1839.
(2) WOILLEZ. Maladies aiguës des organes respiratoires, 1872.

(1) QUEYRAT. (*Revue de médecine*, 1885).

Digitized by Google

de côté commandent l'examen de la poitrine ; alors se révèlent les signes physiques, qui, seuls, permettent de déterminer la nature de la maladie et de préciser son siège. La congestion pulmonaire idiopathique, pour le dire en passant, peut occuper toutes les parties du poumon, mais c'est en arrière, à la partie moyenne, qu'elle se localise de préférence.

Woillez insiste avec complaisance sur l'utilité de la *mensuration* de la poitrine. Celle-ci peut être pratiquée soit à l'aide du cyrtomètre, soit avec un simple ruban métrique dont on entoure la base du thorax, au niveau de l'appendice xyphoïde. Elle permet de constater une *ampliation* notable du périmètre thoracique, ampliation qui persiste pendant toute la durée des phénomènes sthethoscopiques, et qui rétrocède avec eux; elle traduit à l'extérieur l'augmentation de volume du poumon congestionné. La main, appliquée sur la paroi, ne perçoit pas de grands changements du côté des vibrations thoraciques ; quelquefois légèrement diminuées, le plus souvent normales, elles ne sont jamais augmentées comme dans la pneumonie.

Les signes les plus importants pour le diagnostic sont fournis sans conteste par la percussion et l'auscultation.

Le doigt qui percute au niveau des régions lésées peut donner deux notions bien différentes: tantôt en effet c'est une *submatité* plus ou moins accentuée, tantôt une *sonorité* plus ou moins exagérée, voire même une véritable résonnance tympanique. Comment concilier des sensations aussi dissemblables? Elles sont, d'après Woillez, en rapport avec le degré de la congestion; le tympanisme est le signe d'une hyperhémie légère; la submatité s'observe dans les fluxions plus intenses. C'est là ce qui explique comment la résonnance peut remplacer l'obscurité du son, au moment de la résolution. Les deux phénomènes peuvent, du reste, cœxister: on peut trouver de la sonorité exagérée d'un côté de la poitrine, et de la submatité du côté opposé, quand les deux poumons sont le siège d'un mouvement fluxionnaire inégalement réparti ; on peut encore observer de l'obscurité du son en arrière, au niveau de la base, et une tonalité élevée (bruit skodique) en avant sous la clavicule corrsspondante ; c'est là l'indice d'un certain degré de condensation du parenchyme. Fait important à remarquer, la submatité, quand elle existe, ne cesse pas brusquement, mais elle s'atténue graduellement, et se confond d'une façon insensible avec la sonorité normale des parties environnantes; ses limites sont donc indécises et mal définies. Du reste, ces signes de percussion sont essentiellement fugaces et mobiles : aujourd'hui ici, demain ailleurs, ils peuvent disparaître et réapparaître plusieurs fois avant de quitter définitivement la place.

La même allure capricieuse se retrouve dans les signes fournis par l'auscultation. Pris dans leur ensemble, ceux-ci paraissent au premier abord essentiellement variables et contradictoires. Si l'on s'en rapporte en effet, à l'énumération qu'en a faite Woillez, on voit que la *respiration* est tantôt *affaiblie* ou nulle, tantôt *exagérée*, puérile, tantôt enfin *rude* ou granuleuse ; l'*expiration* est parfois *prolongée* ; il y a souvent du *souffle bronchique* ; des râles sous-crépitants, fins ou gros, et des râles sibilants peuvent également être entendus. Pour se reconnaître parmi ces phénomènes en apparence opposés, il faut, suivant le conseil de M. Serrand (1), prendre comme point de départ le murmure physiologique du poumon, et interpréter les modifications graduelles qu'il subit sous l'inflence de l'état pathologique. Au début, par le fait de l'afflux sanguin, les vésicules pulmonaires sont moins perméables à l'air : le bruit respiratoire s'affaiblit alors ou disparaît. Les parties voisines cherchent à suppléer à l'insuffisance fonctionnelle du lobe malade : de là la respiration *puérile*. Le poumon devient moins souple, moins élastique : il en résulte une respiration rude et une expiration prolongée. Enfin, le tissu pulmonaire arrive à un certain degré de condensation; alors on perçoit le souffle bronchique. Les râles sous-crépitants fins qui s'entendent dans les congestions intenses indiquent un certain degré de transsudation intra-alvéolaires. Quant aux gros râles sous-crépitants ou sibilants, ils caractérisent la bronchite, ou peut-être, comme le voulait Monneret, l'hyperhémie bronchique concomitante.

Parmi ces signes, il en est un qui mérite spécialement de fixer l'attention : c'est le *souffle*. Ses caractère ont été mis en relief surtout par M. Potain. C'est un souffle *hâtif*, qui se montre d'emblée, sans être précédé de râles crépitants ; il possède un timbre à lui propre, qui le différencie autant du souffle tubaire de la pneumonie, que du souffle aigu et lointain de la pleurésie ; il est *doux*, *superficiel*, *étalé*, à *tonalité basse* ; il se perçoit aux deux temps de la respiration ; il s'entend de préférence *au niveau de la racine des bronches*, c'est-à-dire dans la moitié supérieure de la fosse sous-épineuse ; il correspond également aux points occupés par la submatité, différent en cela du souffle pleurétique, qui cesse au-dessous de la ligne de matité. Brusque dans son apparition, il disparaît de même, et quand il a disparu, il n'y a pas de râles crépitants de retour ; il peut, du reste, se montrer ensuite à un endroit différent. Avec des caractères aussi particuliers, le souffle, quand il existe, constitue un excellent signe de congestion.

Restent à signaler les modifications de la voix thoracique : elles sont nulles, le plus souvent; l'absence de bronchophonie, coïncidant avec une respiration soufflante, est un indice négatif en faveur de l'hyperhémie.

Somme toute, aucun de ces signes physiques, pris isolément, n'est pathognomonique de la congestion pul-

(1) Serrand. — Rapports entre la pleurésie et la congestion pulmonaire. (*Th. Paris* 1878).

Digitized by Google

monaire; mais par leur existence simultanée, par leur mode d'enchaînement, par les circonstances dans lesquelles ils se présentent, ils acquièrent une haute valeur diagnostique. Ainsi qu'il a été dit précédemment, ce qui les caractérise surtout, c'est leur *mobilité*: ils se perçoivent un jour dans une région du poumon, le lendemain dans une autre, et cette tendance erratique n'est pas un minime témoignage en faveur de la nature purement fluxionnaire de l'affection. — Malgré cette inconstance dans leur localisation, ces signes sont plus persistants que la fièvre; alors que celle-ci a disparu depuis plusieurs jours, on trouve encore dans la poitrine de la submatité et du souffle. La chûte de la température n'implique donc pas la guérison complète; mais d'habitude, au bout d un septenaire environ, surtout si une médication active a été instituée, tout est rentré dans l'ordre. Exceptionnellement, on a vu la fièvre et les autres phénomènes se prolonger plus longtemps, et c'est à des cas de ce genre que M. Bourgeois (1) a donné l'appellation peu justifiée de forme chronique.

En résumé, brusquerie dans l'invasion, brièveté de la courbe thermique, rapidité dans l'évolution, telle est la caractéristique de la maladie de Woillez. Inutile de dire que la terminaison à peu près constante est la guérison. Certains faits, pourtant, établissent la possibilité d'une issue funeste, survenue même parfois avec une rapidité foudroyante. C'est ainsi qu'à la suite d'une insolation prolongée ou d'un froid excessif, il se produit tout à coup une congestion énorme des deux poumons; le cœur, impuissant à vaincre la résistance que lui oppose cette masse sanguine, cesse de battre; la vie s'eteint presque subitement. On a alors affaire, suivant l'expression de M. Barié (2), à un véritable « coup de sang pulmonaire ». Ces faits sont l'exception et n'infirment en rien le pronostic éminemment favorable que comporte l'hyperhémie simple du poumon.

A. Tournier,
Interne en médecine des hôpitaux de Paris.

CLINIQUE MÉDICALE

La contagiosité de la Grippe

Par le M. Dr Fiessinger (d'Oyonnax).

Au sujet de cette question, une chose assez singulière se passe. Que la grippe soit contagieuse, tout le monde, il y a quelques mois encore, semblait d'accord pour le nier. Survient l'épidémie de décembre 1889; les faits de contagion se multiplient et forcent la conviction chez les plus incrédules. Et chacun d'admettre la contagiosité de la maladie avec autant de ferveur qu'il la rejetait la veille.

(1) Bourgeois. De la congest. pulm. simple. (*Th. Paris*, 1870).
(2) Barié, Dict. encycl. des sc. médic., art. Congestion pul.

A nous qui habitons dans un pays où la grippe élit domicile depuis nombre d'hivers et de printemps, il nous semble que dans cette tendance à juger de la grippe par la seule épidémie dernière, il se manifeste un besoin trop hâtif de généralisation.

Elles sont également vraies, les deux opinions qui considèrent la grippe soit comme étant contagieuse, soit comme ne l'étant pas.

Le tout dépend de quelle grippe on veut parler.

Si l'on a en vue la grippe qui s'est acclimatée en France, celle par exemple qui nous revient tous les ans dans nos montagnes du Jura, la deuxième opinion est la vraie : la grippe n'est pas contagieuse ou du moins ne se montre comme telle que dans des circontances exceptionnelles.

Si, au contraire, l'on prend pour base de discussion l'épidémie de l'hiver dernier, la proposition inverse prend le dessus : la grippe est contagieuse dans la grande majorité des cas. On remarque les réserves que nous mettons à l'énoncé trop absolu de ces affirmations. Nous disons que la grippe de nos montagnes, d'ordinaire non contagieuse, peut le devenir dans des circonstances *exceptionnelles*; de même, la dernière épidémie, pensons-nous, contagieuse dans la *grande majorité des cas*, offre des exemples où cette contagion reste douteuse. Les faits tirés de notre pratique personnelle nous ont imposé ces restrictions. Dans notre mémoire sur la grippe (1) paru avant l'épidémie qui a fait son tour d'Europe, nous faisions valoir contre la contagion les trois arguments suivants :

1° *L'intervalle qui sépare de l'infection le séjour auprès d'un sujet infecté est variable*;

2° *La grippe affecte rarement, en même temps, des membres d'une même famille*;

3° *La grippe frappe des personnes qui n'ont pas été soumises à la contagion.*

Ces arguments, d'importance inégale, trouvaient leur confirmation dans l'étude des diverses phases de l'épidémie. Ils rendaient compte du plus grand nombre des faits observés; ils ne les expliquaient pas tous. En certains points, les malades se groupaient les uns à côté des autres créant de véritables foyers d'infection. Pourquoi cette accumulation de grippés dans un espace restreint, si la grippe n'est pas contagieuse? Nous avions cherché la raison de la chose et ne l'avions pas trouvée. En admettant pour ces derniers malades la transmission de la grippe de l'un à l'autre, le problème devenait clair.

Oui, la grippe est une maladie qui éclate spontanément; dire qu'un chimisme intime des humeurs en favorise le développement ne nous apprend pas grand chose; que des causes banales, comme le refroidissement créent dans l'organisme un point vulnérable à la faveur duquel pénètre le germe morbide, cela peut être constaté quelquefois, mais non toujours.

Il est un fait certain : c'est que la prédisposition à contracter la grippe est telle qu'un même individu, une fois qu'il a été atteint, est enclin à prendre la maladie plusieurs fois de suite.

(1) *La grippe infectieuse à Oyonnax* (1889), p. 15.

Digitized by Google

Ne savons-nous pas qu'une autre affection fébrile, la pneumonie, nous réserve des constatations analogues? Et puisque nous parlons de la pneumonie, ne s'agit-il pas là aussi d'une maladie, qui, le plus souvent, apparaît inopinément, et restant sans réaction sur le voisin, se présente dans d'autres cas, comme une affection contagieuse s'attaquant à tout le personnel d'une maison?

Ce que nous connaissons du mode d'invasion et de propagation de la pneumonie nous semble devoir absolument s'appliquer à la grippe qui, et sans que nous sachions pourquoi, tantôt prend naissance dans un organisme, indépendamment de toute contagion, et tantôt, et cela plus rarement, se transmet par contagion à l'entourage du malade.

Jusqu'à présent, nous n'avons parlé que de la grippe familière à nos régions. Sous une autre allure s'est présentée la grippe qui nous est venue de Paris, en décembre 1889. Ici, la contagion s'impose. La maladie ne s'est pas implantée directement dans le pays. Elle nous a été envoyée des localités voisines. Depuis la fin de décembre 1889, la grippe s'est abattue sur Nantua et Saint-Claude, villes entre lesquelles Oyonnax est situé. Oyonnax reste indemne.

Le 30 décembre 1889, on nous appelle à Narchon, hameau éloigné de deux kilomètres d'Oyonnax. M. D..., âgé de 53 ans, marchand de bois, était revenu de Lyon avec la grippe. Or à Lyon, l'épidémie battait son plein. A Oyonnax, le premier malade est un huissier qui, par ses occupations, avait été appelé à Nantua deux jours auparavant (29 décembre). Nous venons de voir qu'à Nantua régnait la grippe.

Nous-même, nous sommes frappé dès le début. Nous donnions nos soins à des malades de Saint-Claude, depuis le 30 décembre. Le 31, nous sommes courbaturés, et après une période prodromique se prolongeant jusqu'au 4 janvier, nous nous alitons à notre tour. Nos deux enfants, qui couchaient dans la même chambre, sont atteints deux jours après nous (6 janvier). La bonne est prise peu après les enfants (7 janvier).

Nous pourrions multiplier ces exemples. Nous craignons d'être fastidieux.

Qu'on nous permette néanmoins un mot sur la façon dont la grippe s'est propagée le long de la voie ferrée. La maladie a débuté à Saint-Claude : dans l'intervalle de dix jours, dix employés paient leur tribut à la grippe (30 décembre au 8 janvier. Proportion, 42 0/0). De Saint-Claude, la grippe n'a pas envahi les gares ou maisons de gardes-barrières voisines, comme cela aurait dû se faire si le germe de la maladie jouissait d'une diffusibilité lui permettant de franchir quelques kilomètres de distance. Non, ce n'est pas ainsi que la grippe s'étend. Elle saute d'un bond jusqu'à Oyonnax, gare distante de 32 kilomètres, et, après Saint-Claude, la plus importante du réseau. Six employés sont frappés (7 janvier au 24 janvier. Proportion, 50 0/0). Après la gare d'Oyonnax, ce n'est pas encore au tour des gardes-barrières voisines de tomber malades.

La grippe prend position dans les petites gares intermédiaires entre Oyonnax et Saint-Claude et s'attaque environ à la moitié du personnel (40 0/0) (11 janvier au 17 janvier). En dernier lieu seulement sont visités par l'épidémie, les poseurs et gardes-barrières habitant les maisonnettes échelonnées le long de la voie. Et tandis que les employés des gares s'étaient alités dans la proportion de 40 à 50 0/0, les habitants des maisonnettes, éloignés les uns des autres, ne présentaient en fait de malades qu'une proportion de 11 0/0 (60 employés, 7 atteints) (18 janvier au 6 février).

Que conclure de tout cela? Sinon que nous avons affaire à une maladie contagieuse, se transmettant à la faveur du mouvement d'une population, et s'arrêtant aux régions où ce mouvement ne pénètre pas?

Pouvons-nous aller plus loin et indiquer comment la contagion s'opère? La transmissibilité par l'air est évidente mais un contact direct avec un malade ne semble pas nécessaire pour la propagation de la grippe. Tel le cas de l'huissier que nous avons rapporté plus haut, et qui, sans avoir vu aucun malade, rentre à Oyonnax avec la grippe, cette dernière se déclarant quarante-huit heures plus tard (1).

D'un autre côté, il ne paraît pas que le germe de la grippe s'étende au delà d'un certain rayon, puisque certaines habitations isolées, les maisons de garde, par exemple, autour de la gare de Saint-Claude, ont été préservées. La limite à la diffusibilité du germe est difficile à préciser. Au début de l'épidémie, des habitants d'Oyonnax ont été atteints de grippe, alors qu'ils n'étaient pas sortis et n'avaient vu aucun des premiers malades alités. Ce sont precisément ces cas qui plaideraient contre la doctrine de la contagion. Mais ne pourrait-on dire que ces faits ne sont pas forcément péremptoires et que si la grippe ne se transmet pas à une distance de quelques kilomètres, rien ne prouve que la transmission ne s'effectue suivant un rayon moindre, dans la même localité, d'un quartier à l'autre, par exemple.

Quoi qu'il en soit, un dernier point nous reste à élucider. Puisqu'il est reconnu, et toutes les observations auxquelles se joignent les nôtres, le prouvent amplement, que dans la grippe de nos montagnes et dans celle qui nous est venue du dehors, cet hiver, il ne s'agit que d'une seule et même entité morbide, pourquoi, alors que la maladie est identique, cette différence dans la contagiosité? Donner la raison exacte de ce phénomène, serait s'aventurer dans le champ des hypothèses.

Qu'il nous suffise de rappeler que pareils faits se reproduisent pour d'autres maladies infectieuses. Les a-t-on expliqués pour la pneumonie? Ne voit-on pas fréquemment des scarlatines et des diphthéries évoluer dans une localité à l'état isolé, ne frapper qu'un ou deux enfants, disparaître ensuite pour de longs mois? Et ces mêmes maladies, dans d'autres cas, ne se présentent-elles pas sous la forme épidémique la plus terrible qu'on puisse imaginer?

(1) Cet intervalle de quarante-huit heures représente la période d'incubation du mal dans un grand nombre de cas.

Digitized by Google

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Le bassin coxo-tuberculeux (1)

Pathogénie. — Tels sont les faits. Cherchons maintenant à les interpréter.

1° Un malade atteint de coxalgie est obligé de garder le lit, et meurt sans avoir recouvré l'usage de ses jambes. A l'autopsie, on trouve une atrophie souvent considérable de l'os iliaque malade. C'est là une conséquence immédiate de la coxo-tuberculose indépendante de toute pression mécanique, puisque le malade n'a plus jamais marché. Or, ce phénomène trophique a pour effet de rétrécir la moitié du bassin répondant à la coxalgie. Telle est la lésion pure de tout mélange.

2° Supposons maintenant que le malade se lève, il va s'appuyer sur ses jambes, inégalement sans doute, et joindre à l'influence trophique de sa tumeur blanche, une action mécanique des plus importantes.

L'un des membres inférieurs supportera un poids plus considérable que l'autre, et la moitié du bassin la plus comprimée s'aplatira. Mais pourquoi le redressement de la ligne innominée se fait-il tantôt du côté sain et tantôt du côté malade ?

En examinant les observations, ont voit que presque toujours la moitié aplatie du bassin est situé plus haut que l'autre moitié. Le détroit supérieur, avons-nous dit, est incliné non seulement d'arrière en avant, mais aussi transversalement. *L'os iliaque le plus élevé est donc celui qui présente un redressement plus ou moins accentué de la ligne innominée.*

Maintenant, pourquoi la moitié la plus élevée du bassin répond elle tantôt au membre sain et tantôt au membre malade ?

Rappelons-nous l'évolution de la coxalgie. La maladie guérit quelquefois à la première période à une époque où le membre inférieur n'a pas encore pris d'attitude vicieuse ni subi de raccourcissement. Le bassin a conservé son inclinaison normale, mais il est atrophié du côté coxalgique (Adénot), c'est ce qui vient d'être étudié. Mais supposons le cas le plus fréquent : la coxalgie arrive à la deuxième période, caractérisée par *l'abduction et la rotation de la cuisse en dehors, et par l'inclinaison du bassin vers l'articulation malade.* Si l'ankylose s'établit à ce moment, la guérison survient, fixant les parties dans leur attitude anormale. Or, l'aplatissement du bassin a lieu du côté sain, c'est l'os iliaque opposé à la lésion coxo-tuberculeuse qui est le plus élevé par rapport à son congénère.

Imaginons maintenant un processus pathologique plus grave et plus rapide. La malade reste au lit pendant la première et la seconde période de la maladie, et celle-ci ne rétrecède que dans le cours de la troisième. L'ankylose se fait en fixant la cuisse dans l'adduction et la rotation en dedans. Comme conséquence, le bassin est incliné vers l'articulation saine, et la crête iliaque, qui répond à la coxalgie, est plus haute que l'autre. L'aplatissement se fait alors du côté coxalgique.

En résumé, on peut, sauf exception, établir les règles suivantes :

1° Rotation en dehors et abduction de la cuisse malade (élévation de l'os iliaque du côté sain), aplatissement pelvien du côté sain.

2° Rotation en dedans et adduction de la cuisse malade (élévation de l os iliaque du même côté), aplatissement pelvien du côté malade.

Mais la première loi est beaucoup plus généralement vraie que la seconde. Car à cette troisième période de la coxo-tuberculose (adduction) les os sont souvent très ramollis, les altérations prononcées, les déplacements, etc., apparaissent, et le bassin peut obéir à des influences multipliées et difficiles à démêler.

Diagnostic anatomique. — Le bassin coxo-tuberculeux se distingue du bassin de Nœgelé et du bassin vicié par luxation congénitale, à l'aide des caractères suivants :

1. Atrophie du côté atteint par le processus coxalgique ;
2. Variabilité du siège de l'aplatissement qui porte tantôt sur la moitié saine et tantôt sur la moitié malade ;
3. Raccourcissement presque constant du diamètre promonto sous-pubien, même en l'absence de rachitisme concomitant. Ce raccourcissement est une conséquence de l'atrophie subie par une des moitiés du détroit supérieur ;
4. Variabilité dans la situation occupée par les tubérosités ischiatiques ;
5. Influence presque insignifiante de la luxation coxo-fémorale ;
6. Proliférations ostéophitiques qui parfois prennent un développement considérable.

Diagnostic clinique. — On reconnaîtra aisément les cicatrices péritrochantériennes et le raccourcissement du membre inférieur, son atrophie partielle, son attitude vicieuse et l'ankylose plus ou moins complète. Ce seront là des éléments simples qui permettront de diagnostiquer la nature des lésions. Mais l'accoucheur ne s'en tiendra pas là. Il faut, en effet, s'informer de l'âge auquel la coxo-tuberculose est apparue, de la manière dont elle a évolué, du temps que la malade a passé au lit ou au repos, etc. On se rendra exactement compte de l'attitude du membre lésé, car l'adduction forcée sera toujours d'un pronostic plus sérieux que l'ankylose en abduction, au point de vue de l'accouchement. D'ailleurs, l'adduction exagérée rendra quelquefois difficile l'examen par le toucher vaginal. A l'aide de l'inspection et du palper, on se rendra compte de l'inclinaison et de la latéroversion pelvienne.

L'étude de la hanche malade sera aussi rigoureuse-

(1) Fin : Voir le n° 24, 11 juin 1890.

Digitized by Google

ment faite. Enfin, le doigt introduit dans la cavité vaginale recherchera les différentes particularités du bassin. Exceptionnellement, on rencontrera des inégalités sur la paroi latérale, dues à la prolifération du périoste et de l'os; plus souvent, il faudra prendre garde de commettre une erreur en touchant les symphyses sacro-iliaques et la saillie parfois assez marquée qu'elles peuvent faire dans l'excavation. Enfin, on appréciera le degré d'aplatissement et on mesurera le diamètre promonto-sous-pubien. Il est inutile de revenir ici sur l'aspect du pelvis.

Le diagnostic différentiel aura, surtout, pour objet d'éliminer le bassin vicié par luxation congénitale, celui de Nœgelé, et exceptionnellement le bassin vicié par obstruction, due à une tumeur des parties molles.

Le mécanisme de l'accouchement s'exécute comme dans les bassins de forme oblique ovalaire en général.

Pronostic. — Il varie suivant le degré de rétrécissement, et, de plus, suivant le siège de l'aplatissement. Il y a, en effet, deux causes de rétrécissement dans le bassin coxo-tuberculeux; l'atrophie d'un des os iliaques et le redressement d'une des lignes innominées. Si les deux lésions occupent le même côté, en d'autres termes si l'aplatissement répond à la coxalgie, l'autre moitié du bassin sera normale, large, et permettra l'accouchement facile. Au contraire, lorsque l'aplatissement se trouve du côté sain, il rétrécit par lui seul le détroit supérieur, pendant que l'autre moitié du bassin a perdu aussi une partie de ses dimensions, en raison de l'atrophie coxo-tuberculeuse de l'os iliaque correspondant.

Les bassins à ostéophytes comportent un pronostic tout spécial.

Dans la majorité des cas, dit-on, l'accouchement se fait bien et spontanément à travers un bassin ilio-fémoral. Examinons ce que devient cette proposition lorsqu'on étudie à part le bassin coxo-tuberculeux.

J'ai pu relever les observations de 20 femmes qui ont ensemble fourni un total de 43 accouchements; 13 d'entre elles durent être opérées une ou plusieurs fois. Et parmi ces 13, 5 eurent à subir des opérations très graves, dont une section césarienne.

Parmi les 43 accouchements, 12 furent provoqués artificiellement vers le 7me et le 8me mois, ce qui fait 29 pour cent d'accouchements avant terme nécessités par l'état du bassin; condition dont il faut tenir compte dans le pronostic des enfants.

Sur 43 accouchements, l'intervention fut 28 fois nécessaire, 3 femmes sur 20 moururent de septicémie.

Beaucoup d'enfants succombèrent pendant le travail.

La mortalité totale des enfants est, en effet, de 33 0/0, celle des mères de 15 0/0 (3 sur 20).

A un autre point de vue, il faut considérer l'état général de la femme qui bien souvent est faible, strumeuse, et peut être tuberculeuse. Il faudrait rechercher l'influence de la grossesse sur cet état général, et aussi sans doute sur l'articulation malade. On a dit, en effet, que les tumeurs blanches pouvaient se réveiller sous l'influence de la gestation.

On voit donc que le pronostic du bassin coxo-tuberculeux est beaucoup plus sérieux que celui du bassin vicié par luxation congénitale. Il faut donc les séparer l'un de l'autre.

Eu égard au traitement, les indications sont les mêmes que dans tous les cas de bassin oblique ovalaire.

Il y a seulement une remarque à faire au sujet de la technique des interventions. La cuisse du côté malade est souvent ankylosée, soit en abduction, soit en adduction, surtout dans cette dernière attitude, elle peut gêner considérablement l'introduction de la main ou des instruments.

Résumé. — Le bassin coxo-tuberculeux a le type oblique ovalaire; sauf exception, la moitié aplatie de l'excavation pelvienne répond à la hanche saine, lorsque le membre inférieur malade est ankylosé dans l'abduction et la rotation en dehors.

Au contraire, la moitié aplatie répond à la hanche coxalgique lorsque le membre inférieur malade est fixé dans l'adduction et la rotation en dedans.

La luxation du fémur ne joue par elle seule qu'un rôle accessoire dans la pathogénie de la viciation pelvienne.

Le diamètre promonto-pubien est presque toujours plus petit que dans l'état normal.

Le pronostic de cette déformation pelvienne est en général plus grave que celui du bassin vicié par luxation congénitale.

Lorsque la moitié coxo-tuberculeuse atrophiée se trouve du côté opposé à l'aplatissement, l'angustie est plus prononcée que dans le cas inverse.

La maladie de la hanche s'accompagne d'ostéo-périostite proliférante qui parfois peuvent aller jusqu'à obstruer la cavité pelvienne.

Le bassin coxo-tuberculeux doit être séparé du bassin vicié par luxation congénitale de la hanche.

Son anatomie pathologique et son pronostic lui font une place à part dans la nosographie des viciations pelviennes.

Dr Demelin.

LE DIAGNOSTIC DES MALADIES

REVUE BI-MENSUELLE DES CLINIQUES DE FRANCE ET DE L'ÉTRANGER

Autriche (Faculté de médecine de Vienne), M. Nothnagel, I. *La constipation habituelle.* — **Italie** (Manicôme de Lucques), M. A. Cristiani : II. *Réflexes et impaludisme.* — (Clinique médicale de Florence), M. Federici : III. *Pronostic et traitement de la pneumonie fibrineuse.*

I. **La constipation habituelle.** — Sous cette rubrique, M. Nothnagel refuse de catégoriser les cas d'atonie intestinale par tumeur cérébrale, par myélite ou par péri-

Digitized by Google

typhlite. Il y a, dit-il, constipation habituelle lorsque le mouvement péristaltique provoqué par le réflexe venant de l'ampoule rectale amène des contractions tous les six, huit, dix, douze jours et même seulement dix ou six fois par année.

La cause principale est un trouble de l'innervation et une atonie des tuniques intestinales. Quant à son origine accidentelle, elle est banale : fautes contre l'hygiène, paresse d'aller à la selle, surcharge alimentaire, voyages en chemins de fer, parésie des muscles abdominaux, obésité, station assise.

Comme conséquences bien connues d'ailleurs, la constipation entraîne les hémorroïdes, de l'inappétence, des troubles digestifs par défaut de suc gastrique, atonie stomacale ou résorption des toxines. Elle entraîne encore l'hypochondrie et conduit les jeunes filles à la chlorose.

Quand les malades se décident à consulter, ils ont déjà essayé de nombreuses recettes pharmaceutiques, ils ont épuisé parfois la série des eaux minérales: ces essais ont été infructueux. La régularité des selles, obtenue passagèrement, ne s'est pas maintenue. C'est là une thérapeutique symptomatique, celle qui convient doit être causale.

Au premier rang, il faut préconiser le massage abdominal, sous toutes ses formes, percussion, friction, pétrissage, en ayant soin de diriger les mouvements dans le sens où les matières fécales cheminent et insistant au niveau des organes où l'atonie est plus grande, comme sur le côlon.

Les résultats sont parfois lents à se produire. On n'en doit pas moins continuer le massage. C'est une médication fidèle, mais à longue échéance. De plus, durant l'acte de la défécation, le malade doit encore se masser.

A côté du massage vient d'abord l'électricité, faradisation, galvanisation, puis les exercices physiques, promenade, équitation, gymnastique de chambre.

En attendant l'effet de la médication causale, on conseille au malade les saisons d'eaux, les eaux minérales purgatives à domicile, bues froides, les lavements, les irrigations d'un demi à un litre, tantôt froides, tantôt chaudes, soit d'eau pure ou bien additionnée d'huile d'olives, de sel de cuisine, d'huile de ricin, de savon, d'infusion de camomille. La glycérine, à la dose de 2 à 3 grammes, s'injecte dans le rectum à l'aide d'une petite seringue, ou s'ordonne en suppositoires.

Souvent il faut en venir aux purgatifs. Parmi les laxatifs, l'huile de ricin et le calomel servent surtout à obtenir une purgation légère; le tamarin, la manne et le miel conviennent pour un usage prolongé. Les purgatifs salins ne doivent s'ordonner que pour un jour et ne pas se continuer.

Parfois, il faut recourir aux drastiques, huile de croton, séné, rhubarbe; l'aloès rend de grands services, il met huit à dix heures pour agir, il faut donc le donner le soir pour obtenir un effet le matin; on l'associe au podophyllin :

Podophyllin	30 centigr.
Extrait d'aloès	ãã 3 grammes.
Extrait de rhubarbe	
Extrait de taraxacum	Q. S.

Pour 40 pilules, de 1 à 3 le soir.

La coloquinte à la dose de 4 à 5 centigrammes donne des selles liquides, le jalap de même.

Parmi les remèdes plus récents, le cascara mérite une mention.

Extrait fluide de cascara sagrada	à 20 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges	

1 à 4 cuillerées à café en l'espace de 2 à 3 heures.

Chez les hémorrhoïdaires on se trouve bien de la préparation suivante formulée par divers médecins et, ajouterons-nous, presque classique en France, bien que M. Nothuagel semble l'ignorer.

Poudre de réglisse composée	ãã 1 gramme.
Follicules de séné	
Soufre précipité	
Sucre blanc	6 grammes.

Le changement fréquent de médicament s'impose, ainsi on donnera d'abord l'aloës, puis les eaux purgatives, ensuite la poudre composée, enfin le tamarin.

Il faut savoir que chaque malade à parfois son médicament; ainsi l'action mécanique du pain de seigle suffit chez quelques-uns.

En tout cas, ce sont des pis aller: le vrai traitement et le seul durable dans ses résultats est le traitement causal.

II. **Réflexes et impaludisme.** — C'est non seulement du côté de sa pathogénie, du côté de la connaissance du parasite spécifique que l'étude de l'impaludisme a fait des progrès, mais du côté de l'examen clinique lui-même qui nous permet d'arriver à des éléments de pronostic importants. Certaines formes de la malaria portent leur action sur le système cérébro-spinal, par des troubles profonds des fonctions sensitives, motrices, vaso motrices ou psychiques. Quand les phénomènes nerveux semblent rester au second plan, on peut encore, en interrogeant les réflexes, voir que la maladie a touché les centres, comme l'a fait M. Andrea Cristiani en recherchant le réflexe rotulien et le clonus du pied dans le paroxysme fébrile de la fièvre intermittente. Ses malades étaient des paludéens à fièvre tierce. Chez eux les trois stades, frisson, chaleur, sueur, étaient bien distincts; aucun n'avait d'antécédents névropathiques. Tous étaient malades depuis peu de temps et tous ont été observés encore longtemps après leur guérison. Les uns ne recevaient pas de médicaments, les autres, plus gravements atteints, prenaient du bisulfate ou du chlorhydrate de quinine; le médicament ne changeait en rien les phénomènes, qui s'accentuaient lorsque celui-ci n'avait pas d'action. Chez de tels malades, le réflexe rotulien s'exagère dans le premier et le deuxième stade (frisson, chaleur), diminue dans le troisième stade (sueur) en raison directe de l'intensité de la fièvre. Entre les accès tout rentre dans l'ordre.

Le phénomène du pied ne se rencontre pas dans les formes simples, d'une façon nette.

Mais chez quatre malades à accès pernicieux de forme comateuse, M. Cristiani a vu le réflexe rotulien exagéré dans le premier stade en raison directe de la gravité de la fièvre, aboli dans le second, réapparaissant dans le troisième, pour revenir normal après l'attaque.

Le phénomène du pied dans cette même variété d'impa-

Digitized by Google

ludisme était manifeste dans le premier stade, mais épuisable chez un individu qui mourut. Dans le premier et le troisième stade il se comportait comme dans la fièvre simple.

La pathogénie de ces phénomènes, réflexe patellaire, clonus du pied, réside dans l'excitation initiale du système nerveux par les principes toxiques, cause de l'hyperthermie (premier et deuxième stade) et sa paralysie terminale (troisième stade).

Le degré même de l'exagération du réflexe rotulien dans le premier stade peut donc servir à mesurer l'intensité et la gravité de la maladie. D'autre part, on peut considérer le clonus du pied au premier stade comme d'un pronostic grave. D'autre part encore, l'abolition du réflexe rotulien dans le second stade, lorsqu'il existait dans le premier, indique la perniciosité, tandis que la réapparition du réflexe rotulien au début du troisième stade de la fièvre pernicieuse fait prévoir la guérison et, dans la fièvre simple, une prochaine défervescence. On le voit donc, ces faits cliniques ont une grande valeur et M. Cristiani utilise leur observation pour formuler le pronostic de la maladie et intervenir avec une énergie d'autant plus grande qu'ils sont plus manifestes.

III. **Pronostic et traitement de la pneumonie fibrineuse.** — S'il est en médecine deux points de pratique importants au premier chef, ce sont le pronostic et le traitement; c'est ce qu'a fait ressortir le Dr Federici dans une leçon à la Clinique de médecine générale de Florence en s'occupant de la pneumonie fibrineuse.

Les bases sur lesquelles doit s'appuyer le pronostic sont d'abord la constitution médicale régnante, le génie épidémique des anciens, l'âge du malade, car l'affection est plus grave aux deux extrêmes de la vie, et son état général.

L'alcoolisme, dont l'action délétère porte sur tous les tissus et principalement sur le système nerveux et le musculaire, qu'il congestionne et qu'il amène à la dégénérescence granulo-graisseuse, influe en mal sur la terminaison de la maladie.

Ces points importants pris en considération, il faut tenir compte de l'étendue de la lésion, de sa variété, de la température, de l'état du cœur et de la respiration.

L'invasion brusque, l'évolution rapide du processus, qui rendent difficile la compensation, comportent une même gravité que la grande étendue de la lésion.

La responsabilité de la terminaison revient plus au cœur qu'au poumon. Lorsque les respirations sont à 40 à la minute, le pouls à 120, le travail excessif du cœur, le surmenage du centre respiratoire aboutissent souvent à leur paralysie.

Pour traiter ses pneumoniques, Federici n'emploie pas la saignée, malgré toutes les qualités qu'on lui reconnaît, et en cela il est peut-être bien réactionnaire; nous ne sommes pas si abâtardis que nous ne puissions supporter avantageusement la soustraction de quelques cents grammes de sang, comme il le pense.

Il rejette aussi le tartre stibié, qui n'a du reste aujourd'hui que peu de partisans.

Les résultats que le calomel lui a donnés sont douteux; il lui reproche de purger et recommande d'y joindre de l'opium pour obvier à cet inconvénient.

Le médicament qui lui semble préférable est le sublimé qu'il formule ainsi :

Sublimé corrosif	8	milligrammes
Alcool rectifié	20	—
Eau distillée	100	—

Pour une potion à prendre en totalité dans les vingt-quatre heures.

Dr H. Gillet.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

MÉDECINE

Les amyotrophies dans les paralysies de la chorée, par M. E. Rondot. — Dans ce mémoire, notre confrère bordelais rapporte deux observations personnelles et une observation de M. Dauchez : ce sont des chorées *molles* ou paralysantes survenues sur des individus atteints de rhumatisme articulaire et cardiopathie rhumatismale (*Gaz. hebd. des Sciences méd. de Bordeaux*, 8 juin 1890, n° 217).

L'atrophie musculaire paraît s'être développée de préférence à la suite de phénomènes douloureux des jointures; car elle ne s'est jamais montrée dans les cas de chorée *paralysante* sans qu'on ait noté les douleurs articulaires ou juxta-épiphysaires au moment de son apparition.

On ne l'a jamais signalée dans la chorée classique, exempte de symptômes paralytiques.

Cette amyotrophie ne modifie pas les réflexes tendineux ordinairement abolis du fait de la chorée.

Elle peut s'accompagner de la conservation ou de l'exagération de la contractilité musculaire, sous l'influence des courants faradiques. S. R.

Anomalies du rythme cardiaque par troubles d'innervation, par M. Groedel. — L'auteur commence par les palpitations nerveuses, dans lesquelles il remarque qu'il n'y a pas toujours la sensation de palpitation. Dans l'étiologie, il faut tenir compte de l'hérédité nerveuse et noter comme causes adjuvantes : les affections utérines, la ménopause, les troubles digestifs, l'intoxication par le tabac, le thé, le café; la goutte, les chagrins. Le traitement consiste dans la digitale, l'hydrothérapie et, au moment de l'accès, dans les boissons froides ou glacées, le cognac, les inspirations profondes, la compression, l'électrisation ou la révulsion sur le nerf vague et l'antifébrine (*Berl. Kl. Woch.*, 1890, n° 21).

Après la tachycardie vient le trouble cardiaque opposé, la bradycardie, qui, parfois physiologique, peut se rencontrer aussi chez les accouchées bien portantes, puis dans l'artério-sclérose, les troubles digestifs, la constipation habituelle, l'ictère, la convalescence des fièvres, les maladies du cerveau ou de la moelle, dans les infections chroniques et dans la pseudo-angine de poitrine.

H. G.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Le régime de Prochownick pour l'accouchement prématuré artificiel, par le Dr Von Swiecicki. — Ce régime consiste à donner, le matin, une petite tasse de café et 25 grammes de biscuit; à midi, une viande quelconque, des œufs, du poisson, avec peu de sauce, des légumes verts apprêtés au beurre, de la salade, du fromage; le soir, 40 à 50 grammes de pain et de beurre *ad libitum*. Interdiction absolue d'eau, de soupe, de pommes de terre, de farineux, de sucre, de bière.

Comme boisson, par jour, 300 à 400 centimètres cubes de vin rouge de Moselle (*Wien. Med. Blatt.*, 1890, n° 22).

Digitized by Google

Cette méthode donnerait des enfants avec un pannicule adipeux réduit au minimum, presque à terme et, malgré cet amaigrissement, pouvant passer dans les bassins rétrécis.

H. G.

Traitement opératoire des rétroflexions utérines, par M. Frommel. — Ce traitement a pour but de maintenir la matrice en antéversion par la fixation des replis de Douglas aux parois latérales du bassin (*Cent. f. Gynæk*, 1890, n° 6).

En voici la technique :

1° La malade est placée dans le décubitus avec le siège très relevé, pour faire glisser le paquet intestinal hors du petit bassin ;

2° On libère l'utérus de ses adhérences et on l'attire en avant ;

3° On traverse avec une aiguille les ligaments rétro-utérins près de leur insertion sur la matrice et on les suture aux parois latérales du bassin, de façon à les tendre et à les diriger d'avant en arrière.

Il est bon de pratiquer la suture avec la soie ou le crin de Florence. Dans les cas de relâchement extrême des replis, on les fixe très haut, vers le détroit supérieur ; dans les cas de relâchement modéré, on les fixe très bas et dans le petit bassin.

Après la guérison, l'utérus conserverait sa mobilité. Malgré ses succès, Frommel ne conseille l'opération qu'après l'échec des autres traitements.

S. R

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude du rétrécissement mitral pur, par Mme Lowenthal (*Thèse de Paris*, 1890).

Affection essentiellement latente, le rétrécissement mitral pur est l'apanage presque exclusif du sexe féminin. Il constitue, la plupart du temps une véritable trouvaille clinique, et c'est par hasard que le médecin, en auscultant, constate les signes de la sténose orificielle : roulement diastolique, souffle présystolique, dédoublement du second bruit, claquement d'ouverture de la mitrale. Quant aux troubles généraux, ils sont plus propres à détourner l'attention qu'à éclairer le diagnostic, car le rétrécissement mitral revêt le masque d'une foule d'états morbides, ce qui a permis de distinguer un type chlorotique, un type pseudo-tuberculeux, un type asthmatique, un type embolique, etc. C'est, après les lésions aortiques, l'affection cardiaque qui expose le plus à la mort subite. L'origine congénitale du rétrécissement pur est admise par beaucoup d'auteurs : les uns l'attribuent à une endocardite fœtale ; les autres, avec MM. Potain, H. Huchard, le considèrent comme lié à un défaut de développement de l'orifice auriculo ventriculaire ; or on sait que l'école allemande a rattaché la chlorose à un défaut de développement du système aortique ; on a pu comparer ces deux états et opposer la chlorose mitrale à la chlorose aortique.

Une femme atteinte de rétrécissement mitral peut-elle impunément vivre de la vie génitale et aspirer aux devoirs de la maternité ? Non, car la grossesse a sur cette affection une influence désastreuse ; c'est dans des cas de ce genre que les accidents gravido-cardiaques, décrits par Peter, atteignent un haut degré d'intensité et peuvent entraîner la mort. « Avec un un rétrécissement mitral, on n'a pas le droit d'être mère. »

Telles sont les idées que l'auteur a développées dans son mémoire inaugural, qui reflète en partie l'enseignement de M. H. Huchard. Nous nous permettrons simplement une légère critique à propos du traitement. Les indications de la digitale ne sont pas suffisamment précisées : « Un cœur atteint de rétrécissement mitral, a dit Potain, est un appareil réglé pour un petit travail. » Il ne faut pas lui demander plus qu'il ne peut donner, et l'administration intempestive de la digitale peut exposer à de graves inconvénients.

Em. T.

Méthode dans les sciences médicales (Analyse et synthèse). Etude historico-philosophique, par le Dr W. Lowenthal (*Thèse de Paris*, 1890).

Comment se sont formées les sciences qui servent de base à la médecine, quelle direction leur ont imprimée les grands hommes qui les ont marquées du sceau de leur génie, quelle est la méthode qui préside aux moyens d'investigation dont elles disposent ? Telles sont les différentes questions que l'auteur s'est proposé d'aborder. L'anatomie descriptive, l'anatomie générale, l'histologie et l'embryologie sont successivement envisagées au point de vue de leur histoire et de leur esprit philosophique. Puis un aperçu nous est donné sur le transformisme et sur ses précurseurs français ; enfin, la théorie du monisme d'Hæckel est le prétexte d'un intéressant exposé des luttes passionnées auxquelles ont donné lieu les doctrines de la génération spontanée. Cette étude, qui embrasse un vaste cycle chronologique, puisqu'elle s'étend d'Aristote à Pasteur, sera lue avec plaisir et profit par tous ceux qui s'intéressent à l'histoire des sciences médicales.

Em. T.

Recherches expérimentales de calorimétrie animale, par M. le Dr Ségalas (*Thèse de Bordeaux*, 1890) (O. Doin, Paris, 1890.)

Cette thèse donne le résultat d'expériences physiologiques entreprises et menées à bien dans le laboratoire de M. Jolyet, dans le but, au moyen d'un dispositif instrumental très ingénieux, d'étudier simultanément, sur un même animal : la chaleur dégagée, la quantité d'oxygène absorbé, et l'acide carbonique exhalé.

Au point de vue physiologique, M. Ségalas veut ainsi prouver que, chez les animaux d'une même espèce, les petits absorbent à poids égal plus d'oxygène et dégagent plus d'acide carbonique que ceux de grande taille. De plus, au point de vue plus pratique de la pathogénie de la fièvre, il établit que chez les animaux rendus fébricitants par l'injection d'un liquide septique, il y a, à la fois, durant l'élévation de la température centrale, accroissement des calories dégagées et de l'oxygène absorbé. Voilà donc une confirmation de l'opinion de Claude Bernard admettant que, dans la fièvre, il y a simultanément augmentation de la perte et accroissement dans la production de la chaleur.

S. R.

TRAVAUX ORIGINAUX

Des diverses variétés d'érythèmes vaccinaux

(ÉRYTHÈMES. — ROSÉOLES. — RASCHS)

par le Dr H. Dauchez
Ancien interne de l'hôpital des Enfants

L'existence de certains érythèmes d'origine virulente ou infectieuse, et parmi ceux-ci des raschs vaccinaux signalés par Willan, Batemann, H. Roger et plus récemment par nous-mêmes dans notre thèse inaugurale de Paris (1883-84,) est maintenant universellement admise. Nous n'entreprendrons donc pas de décrire à nouveau ces érythèmes, mais bien d'attirer seulement l'attention sur quelques particularités de leur histoire, en rapportant ici, pour justifier notre opinion, quatre faits inédits recueillis en ville et à l'hôpital (1).

Comme le montreront les observations citées plus loin, les érythèmes vaccinaux sont parfois polymorphes. Aussi l'expression uniforme de « roséole vaccinale » ne con-

(1) *Société médico-pratique*, 28 avril 1890.

Digitized by Google

vient-elle pas à proprement parler à toutes les efflorescences de ce genre.

Dans nos quatre observations, par exemple, deux fois l'érythème prend les allures de l'érythème simple, maculeux, une fois le type scarlatiniforme, une fois enfin l'aspect érythèmato vésiculeux ou polymorphe.

Au fond, sous ces différents aspects l'érythème reste le même — seule, son intensité éruptive diffère suivant le degré de réceptivité du sujet: Atteint-t-elle son maximum d'acuité? On voit apparaître sur le fond rouge des téguments de fines vésicules, indice de l'hypérémie congestive du derme.

Si maintenant l'on cherche à découvrir la raison d'être de ces raschs on rencontrera dans la plupart des cas certaines conditions individuelles ou expérimentales parmi lesquelles il faut citer:

1° Une première imprégnation vaccinale;

2° La virulence remarquable du vaccin de génisse recueilli sur la génisse, c. a. d. très frais chez nos quatre malades, alors que le vaccin humain avait échoué dans deux cas et que transporté, le vaccin de génisse était resté sans effet.

3° L'apparition du rasch après une auto-inoculation du sujet déjà en puissance de vaccin.

4° Certaines prédispositions individuelles des sujets.

Ces quelques propositions méritent de nous arrêter un instant.

1) *Première impregnation vaccinale.* — Déjà signalée par nous dans notre thèse inaugurale, la suractivité virulente liée à la pénétration du vaccin dans un organisme vierge ne saurait être mise en doute. Dans trois cas en effet il s'agit de jeunes enfants. Une fois seulement le sujet est adulte et a perdu son immunité vaccinale depuis vingt ans.

2) *Virulence remarquable du vaccin de génisse.* — A n'en juger que par les quatre observations consignées dans cette étude, la supériorité virulente du vaccin de genisse paraît s'imposer. D'une part, en effet, nos quatre sujets affectés d'érythèmes avaient tous été soumis à la vaccination animale: Et qui plus est *deux d'entre eux, réfractaires par deux et trois fois à la vaccination humaine* soigneusement pratiquée, trahirent dans cette contre-épreuve, *leur impressionabilité* au nouveau mode d'inoculation *par l'apparition de roséoles vaccinales.*

3) *Autoinoculation suivie d'érythème vaccinal.* — Dans l'observation IV, l'érythème se dessine, en effet, tout d'abord autour des pustules vaccinales de première et de seconde venue sans qu'il soit possible d'affirmer à laquelle des deux inoculation doit être rapporté l'érythème.

4) *Prédisposition individuelle des sujets.* — Distinctes en apparence ces deux propositions sont en réalité connexes. Longtemps avant nous, Devergie et plus tard M. Besnier avaient noté la prédisposition créée par l'eczéma et les herpétides en général aux efflorescences vaccinales. Souvent, en effet, pour peu qu'on la cherche la diathèse se retrouve chez les sujets ou chez leurs ascendants. De là peut-être les différents aspects, d'intensité variable des diverses manifestations éruptives.

On pourra s'en convaincre par la lecture des observations suivantes:

Obs. I. — *Erythème vaccinal simple, apyritique chez un enfant réfractaire au vaccin humain et au vaccin de génisse transporté.* — Marie Arn... 4 mois... nourrie exclusivement au sein, a toujours été bien portante, et n'est soumise à aucun traitement. Sa mère qui l'a nourrie est également en parfaite santé.

Vaccinée déjà deux fois sans succès à un et deux mois d'intervalle, l'inoculation n'a jamais réussi: la première fois avec du vaccin très frais recueilli à l'Académie, quelques minutes avant la piqûre, la seconde avec du vaccin de génisse recueilli 18 heures auparavant.

Une troisième fois l'enfant est conduite directement à la génisse et est vaccinée le 10 mai 1888 par quatre inoculations, deux à chaque bras. Le 16 mai apparaissent quatre beaux boutons qui sont largement développés le 18 mai, mais dans la nuit du 17 au 18, l'enfant se réveille à plusieurs reprises et accuse par les mouvements continuels du bras le prurit incessant qu'elle ressent.

Apyrexie complète. Température = 37.2.

Le 18 mai, au réveil, une éruption confluente de taches rosées morbilliformes a envahi la face, la paume des mains et la plante des pieds.

L'exanthème nettement maculeux, sans relief, disparaît à la pression.

Pas de rougeurs pharyngées. Apyrexie complète.

L'enfant, modérément couverte, n'a jamais éprouvé de fortes transpirations. Il n'existe d'ailleurs aucune éruption vésiculeuse comme dans les éruptions sudorales.

Le 19 mai, dans l'après-midi, l'éruption s'efface d'elle-même. Depuis lors (1er juin) il ne s'est produit aucune poussée nouvelle et l'enfant n'a pas pelé.

Obs. II. — *Erythème vaccinal simple chez un enfant réfractaire au vaccin humain.* — Dans le courant de l'année 1884, un de mes amis, Me F., avocat à la Cour d'appel de Paris, me priait d'examiner son jeune enfant âgé de huit mois dont le tronc, les membres, le cou et la face étaient le siège d'une éruption confluente de roséole, restée discrète à la face. L'éruption s'était montrée dans la matinée: la veille au soir l'enfant n'en présentait aucune trace (Pas de milliaire). Je dois ajouter que ce jeune enfant avait déjà été vacciné trois fois, la première fois à Montpellier (sans succès), la seconde fois par moi-même avec du vaccin frais recueilli à l'Académie une heure avant l'inoculation (cette fois encore sans succès). Enfin une troisième fois sur la génisse même par M. Chambon. C'est à la suite de cette troisième inoculation que parurent d'abord aux bras plusieurs pustules vaccinales belles et bien développées, puis sur le tronc une forte éruption roséolique généralisée. On était alors au huitième jour et deux des pustules étaient déjà en voie de dessication. D'ailleurs pas de fièvre, aucune élévation de température, le sommeil de la nuit était bon. Enfin il n'existait aucun catarrhe des muqueuses oculaires, nasales et bronchiques.

Deux à trois jours plus tard l'éruption avait pâli et disparaissait sans laisser aucune trace.

Depuis cette époque j'ai pu suivre pendant six ans cet

Digitized by Google

enfant qui n'a jamais présenté aucune autre éruption (roséole ou eczéma), et dont la santé est excellente malgré une certaine tendance au lymphatisme.

Obs. III.— *Erythème vaccinal scarlatiniforme.*— Marie Roy, vingt et un ans, blanchisseuse. Entre le 21 janvier 1890 dans le service de M. le Dr Ferrand (Hop. Laënnec) à la crèche, salle Guersant, lit n° 11.

Cette femme dont l'enfant atteint de coqueluche paraît chétif, et malingre (quoique sain) a été affectée depuis sa naissance jusqu'à l'âge de treize ans de gourmes abondantes, de dartres du visage qui reviennent encore par poussées, sans autres antécédents héréditaires (son père est asthmatique). Elle présente physiquement les attributs du tempérament lymphatique.

Mariée à dix-huit ans, elle est accouchée à terme, il y a deux ans, le 7 juillet de l'enfant qu'elle nous présente, qui paraît sain et n'a jamais présenté aucune trace d'affection spécifique. Son mari, alcoolique avéré, a pourtant au témoignage de sa femme une conduite régulière et n'a jamais présenté aucune manifestation apparente de syphilis. J'ajouterai qu'il n'existe chez cette femme aucune adénite cervicale ni inguinale, qu'elle n'a jamais eu ni angine, ni céphalie, etc. Enfin qu'elle *a été vaccinée à un an, soit il y a vingt ans* et que depuis elle n'a jamais été revaccinée. Actuellement encore elle présente cinq cicatrices vaccinales, deux à droite, trois à gauche.

Entrée le 21 janvier elle a été soumise le 28 janvier au traitement par la belladone (0,05 centigr.) prescrit pour combattre quelques quintes de toux.

Mais le lendemain de son entrée 22 janvier, soumise à la règle commune, cette femme avait été inoculée par M. Chambon au vaccin de génisse. Or, on sait avec quel soin procède notre sympathique confrère qui, entre chaque inoculation, lave et essuie sa lancette, soit dans de l'alcool, soit dans de l'eau alcoolisée.

Le 27 janvier deux pustules vaccinales de grosseur moyenne sont développées sur le bras droit. Le même jour la malade fait constater à M. Poulalion, interne du service, une éruption confluente scarlatiniforme recouvrant la face antérieure du thorax, du buste et du tronc. Rien sur les jambes. La malade se plaint également de mal de gorge, de fièvre (T. 39.2). Les amygdales sont recouvertes d'un enduit assez épais. Le 28 janvier (T. 38.5) l'amydalite persiste, mais l'éruption pâlit et prend l'aspect marbré de la roséole ou de la rougeole. Le 29 janvier (T. 38.3). Enfin le 30 janvier la fièvre est tombée, l'éruption a pâli encore et le 31 janvier il ne reste plus qu'un point blanc sur l'amygdale gauche. Néanmoins la roséole persiste encore sur la poitrine, disparaît à la pression du doigt. Jusqu'ici pas de démangeaisons. L'éruption s'est montrée depuis vingt-quatre heures et n'est accompagnée d'aucune desquamation.

Pouvions-nous songer ici à un érythème d'ordre infectieux, septique ou médicamenteux? S'agissait-il simplement d'une scarlatine méconnue?

Rappelons d'abord qu'en raison des precautions antiseptiques prises par le vaccinateur, et vu l'absence d'accidents locaux, tout soupçon d'inoculation septique pouvait être écarté.

D'autre part, l'examen de la mère et de l'enfant, l'absence de commémaratifs, d'adenopathies ou de traces posthumes de syphilis excluait l'idée de la diathèse spécifique.

Enfin, l'exanthème étant apparu trois jours avant, l'ingestion de la belladone ne pouvait être attribuée à l'action médicamenteuse.

Restait encore l'hypothèse beaucoup plus discutable d'une scarlatine méconnue. Or, malgré la triade symptomatique (angine, fièvre, érythème) observée au début, cette hypothèse ne nous paraît pas justifiée en raison même de l'évolution clinique de l'exanthème, à savoir : Modifications et transformation rapide de l'érythème scarlatiniforme en roséole deux jours après son apparition, huit jours après la vaccination. — Apyrexie, sauf pendant la durée de l'amygdalite. — Terrain eczémateux prédisposé aux afflorescences chez une femme revaccinée depuis 20 ans. — Absence de desquamation, enfin non contagion des femmes ni des enfants de la crèche.

Pour compléter notre enquête, le même jour nous examinions trois autres nourrices de la Crèche vaccinées le même jour, ainsi que leurs nourrissons, dans des conditions identiques, avec le même vaccin, par le même opérateur. — Sur ces six sujets, deux nourrices et trois enfants ne présentèrent rien autre chose que de belles pustules vaccinales sans éruption générale. Mais le troisième enfant, vigoureux, quoique eczémateux, présentait, lui aussi, une légère éruption de roséole sur le thorax, sans fièvre, sans réaction d'aucune sorte.

Il est donc vraisemblable d'admettre l'origine vaccinale de ces deux érythèmes apparus l'un et l'autre chez des sujets en puissance d'eczéma.

Obs. IV. — *Erythème vaccinal polymorphe consécutif à une autoinoculation.* — Le 10 avril 1888, un de nos confrères, le Dr Ch... me priait d'examiner son fils, âgé de trois mois, inoculé par lui-même le 1er avril à la jambe droite avec du vaccin de génisse. Le 5 avril, au niveau des piqûres étaient apparues deux pustulettes d'assez maigre apparence : Mon ami, le Dr Ch..., s'était donc cru autorisé à autoinoculer son jeune bébé à la jambe gauche avec du vaccin recueilli sur les pustulettes de la jambe droite : C'est sur ces entrefaites que le 10 avril, soit dix jours après la première inoculation, cinq jours après la seconde, avait brusquement surgi une abondante éruption d'érythème polymorphe constituée par plusieurs groupes d'éléments éruptifs à la surface des téguments. Apparue en quarante-huit heures, l'éruption occupait presque exclusivement le dos, les reins, les membres inférieurs, respectant la face et les membres supérieurs. Dans ces différentes régions, nous trouvions en effet de larges plaques érythémateuses, variant du volume d'une pièce de cinq francs en argent à celui de la paume de la main. Parsemées de papules et de vésicules satellites groupées en couronne autour d'une vésicule centrale, les plaques érythémateuses disparaissaient à la pression du doigt. — Les deux principales bordaient l'auréole inflammatoire qui circonscrit les pustules vaccinales déjà développées aux deux jambes. — Au dos, même mélange d'éléments éruptifs, plaque érythémateuse semée de papules et de vésicules

Digitized by Google

rappelant l'aspect du zona. Mais l'érythème se retrouve ailleurs à l'état de pureté.

A la paume des mains et à la plante des pieds, roséole pure et simple très nette.

Rien à noter comme symptômes généraux sauf une très légère élévation de température (38° Rect.) — L'enfant tette bien, dort bien, etc.

Pas de catarrhe oculaire ou nasal.

Le 15 avril, l'enfant convenablement baigné et pansé, guérissait de son vaccin et de son érythème sans en conserver aucune trace.

Ces quelques observations nous dispensent, ce semble, de tout commentaire.

Dans chacun de ces faits, nous retrouvons effectivement les caractères assignés aux érythèmes vaccinaux: Apparition vers le huitième jour qui suit l'inoculation d'un érythème maculeux généralisé, reconnaissable parfois, comme dans les observations I et IV, à la paume des mains, à la plante des pieds, comme pour attester son origine dans les formes anormales, rarement prurigineux, non contagieux, toujours bénin, sans fièvre, sans retentissement du côté des muqueuses, sans desquamation, à peu près spécial au vaccin de génisse.

Les nombreuses analogies qui relient la vaccine à la variole trouvent donc encore ici leur confirmation. A l'instar du virus variolique, le virus vaccin à la veille de fleurir (du cinquième au huitième jour) affirme parfois plus particulièrement sa virulence spécifique chez les sujets eczémateux en donnant naissance à de véritables raschs plus communément désignés sous le nom de « roséoles vaccinales. »

FORMULAIRE DU PRATICIEN

CHIRURGIE

I. **Traitement des fractures de l'humérus.** — Dans son *Formulaire aide-mémoire*, M. Roux fait connaître la pratique de M. Bouilly :

A. *Fractures de l'extrémité supérieure* : 1° Réduire le fragment supérieur avec des poids ; si la tête humérale est dans l'aisselle, réduire sous le chloroforme ;

2° Appliquer un appareil plâtré, après avoir placé sous l'aisselle un coussin et avoir ramené le bras contre le thorax, l'avant-bras droit fléchi à angle aigu et la main placée sur l'épaule du côté opposé.

B. *Fractures du corps.* — Réduction au besoin par l'extension continue ; appareil plâtré embrassant l'épaule, le bras, le coude et l'avant-bras jusqu'à son tiers inférieur ; maintenir l'extension jusqu'à dessication de l'appareil.

C. *Fractures de l'extrémité inférieure* : 1° Placer le membre dans une gouttière jusqu'à disparition du gonflement ;

2° Appliquer alors un appareil plâtré, l'avant-bras droit fléchi au delà de l'angle droit et le pouce dirigé en avant et en haut.

MÉDECINE

II. **Traitement de l'anasarque par la théobromine.** — Cette substance, autour de laquelle on fait du bruit en ce moment, se prescrit en association avec le salicylate de soude, à la dose de 3 grammes par jour et que l'on doit diviser en quatre ou cinq prises ; une prise est urgente toutes les trois heures.

Gram formule le salicylate de soude et de théobromine qui est le plus soluble des sels, et le fait ingérer soit en cachets, soit en solution :

1° *Cachets de salicylate de soude et de théobromine* :

P. Salicylate de soude et de théobromine . 3 grammes

Diviser en cinq cachets ; un cachet toutes les trois ; boire de l'eau pure ou du lait tiède heures après chaque prise.

2° *Potion à la théobromine.* — Elle est ainsi composée :

P. Salicylate de soude et de théobromine. 3 grammes
Sirop d'écorces d'oranges amères . . . 30 —
Eau distillée. . . . . 50 —

Une cuillerée à soupe toutes les trois heures. Il paraît parfois utile, dans le cas d'intolérance gastrique, d'administrer le médicament, immédiatement le repas.

CH. ELOY.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 28 *avril* 1890.

Présidence de M. le Dr MICHEL-DANSAC.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend ; 1° *La Gazette de Gynécologie*; 2° *La Revue de l'Art dentaire*; 3° un travail de M. le Dr Debrigade à l'appui de sa candidature : Etude sur un cas d'épanchement sanguin traumatique de l'abdomen.

La correspondance écrite comprend : 1° Une lettre de M. le Dr Bonnefoy, membre titulaire, demandant à être chargé d'une mission scientifique à Vienne et à Constantinople ; une lettre de M. le Dr Deseille (de Boulogne-sur-Mer), remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant ; 3° une lettre de M. le Dr Debrigade (de Taverny), demandant à être membre de la Société. MM. Pennel et Paul Blocq sont nommés rapporteurs.

M. CADET DE GASSICOURT fait une communication sur le **traitement de la fièvre typhoïde chez l'enfant.**

M. HUCHARD communique une observation de **pseudo méningite hystérique.** (Sera publiée).

M. BLOCQ. — Cette observation est très intéressante ; mais il est des points incomplets ou difficiles à interpréter avec le diagnostic hystérie : ainsi la *fièvre*; à la Salpêtrière, c'est précisément avec la température que l'on différencie l'hystérie qui est apyrétique d'autres états analogues, état épileptique ou autre. L'*aphasie*, au sens vrai du mot, ne s'observe pas dans l'hystérie ; ce qu'on décrit sous le nom d'aphasie est du mutisme ou de la contracture de la langue. En outre, comme il n'y a pas eu de stigmates hystériques autres que la catalepsie du bras gauche, ce qui, d'après M. Bernheim, peut s'observer dans les cas d'état fébrile un peu prolongé, ce seul signe perd de sa valeur. Peut-être s'agit-il ici de ces cas auxquels M. Korsakoff vient de faire allusion récemment sous le titre de « Psychopathie avec névrite », de sorte que le diagnostic d'hystérie me paraît ici au moins douteux.

Quant à la localisation céphalique de l'hystérie, elle n'a rien d'exceptionnel ; l'hystérie est toujours une affection cérébrale.

M. HUCHARD. — Dans l'*aphasie* de cette malade, il y avait deux choses : il y avait réellement du mutisme, mais il y avait

Digitized by Google

aussi de l'aphasie. Il est certain qu'on a publié des faits d'*aphasie* hystérique.

Quant à la fièvre, elle n'a existé que pendant quatre à cinq jours. Sans doute on a nié la fièvre hystérique; elle semble avoir existé pourtant dans quelques cas; d'ailleurs, ce peut être de la fièvre chez l hystérique.

Et quel autre diagnostic porter ici? Evidemment, nous ne pouvons admettre une réelle méningite, puisque la guérison est rapidement survenue.

Certainement toutes les hystériques sont cérébrales, — je l'ai dit dans le *Traité des névroses*,— et M. Gilles de la Tourette voulait bien le rappeler récemment à la Société de médecine légale — mais elles le sont à un degré variable, et l'hérédité me semble avoir joué un rôle important ici pour exagérer l'intensité de la manifestation cérébrale chez cette malade.

J'ajouterai ici une réflexion d'ordre général, c'est que l'hystérie naît de l'hystérie, que l'hystérique est un excellent milieu de culture, et que si l'on parlait moins de l'hystérie, si l'on exhibait un peu moins les hystériques, le nombre de celles-ci serait moindre et leurs manifestations ne se multiplieraient pas comme nous le voyons maintenant.

M. Dauchez fait une communication sur quatre cas d'**érythèmes vaccinaux**. (Voir p. 401).

M. Rabion. — J'ai fait beaucoup de vaccinations, et, sur cinq cents de ces vaccinations, je n'ai vu qu'une dizaine de cas d'érythème, et dans tous les cas il s'agissait de vaccin de génisse.

Dr E. Potherat.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 *juin* 1890.

Présidence de M. le Dr Nicaise

De la gastrostomie. — M. Terrier, à propos de la lecture d'une observation de M. Roux (de Brigoles), indique comment il pratique cette opération. Après laparotomie, il passe au travers de la couche musculaire de l'estomac, un premier plan de sutures, qu'il fixe dans l'épaisseur même de la paroi abdominale ; puis il ouvre le viscère par une incision aussi petite que possible, ne dépassant pas un centimètre en longueur dans un dernier temps il fixe la muqueuse stomacale à la couche cutanée. Il est extrêmement important de faire une ouverture aussi petite que possible, car celle-ci a toujours une grande tendance à s'élargir, par le fait des obturateurs en caoutchouc, et aussi par l'action de suc gastrique sur les tissus. Pour neutraliser cette acidité des sucs gastriques qui quelquefois détermine un érythème intense, M. Debove a conseillé d'étendre autour de l'orifice un sel alcalin tel que la magnésie calcinée. Le pansement a parfaitement réussi dans plusieurs cas.

M. Routier pratique également la gastrostomie en un seul temps, mais il ne suture pas la muqueuse à la peau, jamais il n'en a éprouvé d'inconvénient.

M. Reynier a fait trois gastrostomies pour cancer de l'œsophage. Il a remarqué que l'oblurateur de la bouche stomacale tend sans cesse à être expulsée par les contractions de l'organe et qu'il est bientôt insuffisant à fermer l'orifice. Cette ouverture doit donc être faite aussi petite que possible. Pour éviter une plus longue déperdition des forces, il nourrit ses malades aussitôt après l'opération.

Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen par armes à feu. — M. Reclus reprend avec de nouveaux arguments et de nouvelles observations la discussion qui a déjà été soulevée devant la Société. Il est un partisan systématique de l'abstention, qui, d'après les nombreuses statistiques qu'il a consultées, donne les meilleurs résultats. En présence d'une plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver. M. Reclus est donc d'avis de recourir aux moyens médicaux, c'est-à-dire aux injections de morphine, à l'extrait thébaïque à l'intérieur et à la glace sur le ventre. Toutefois il admet que la laparatomie et la suture de l'intestin sont indiquées dans les cas suivants :

1° Quand l'anse intestinale fait hernie au dehors ;

2° Quand il existe une hémorragie soit interne soit externe.

3° Quand l'issue de gaz ou de matières, même la percussion seule permettent de diagnostiquer d'une manière certaine une perforation intestinale ;

4° Enfin dans certains modes de traumatismes, tels que coup de pied de cheval, s'accompagnant presque toujours de perforations étendues de l'intestin. Dans ces cas, l'opération est indiquée.

Dr H. Marcigny.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 *juin* 1890

Présidence de M. le Dr Dumontpallier

Relations de l'albuminurie avec les psychoses. — M. Raymond. Certaines affections mentales peuvent s'accompagner d'albuminurie, soit par suite de lésions cérébrales comparables à l'expérience de Claude Bernard, soit en provoquant des lésions rénales. Mais les néphrites à une certaine période de leur évolution peuvent déterminer de véritables psychoses distinctes de l'anémie cérébrale à forme aiguë, auxquelles on a donné le nom de folie brightique, pour bien les distinguer des autres formes vésaniques. M. Raymond avait déjà signalé ces troubles d'aliénation mentale consécutifs aux néphrites en 1882, dans les *Archives de médecine*. Depuis, cette question a été reprise en 1885 par M. Diculafoy qui en fait l'objet d'une importante communication sur la folie brightique. Quelque temps après M. Barié citait le cas d'un brightique considéré comme un aliéné et enfermé sept mois dans un asile.

M. Raymond apporte une nouvelle observation de folie du doute qui lui paraît devoir être rattachée à la folie brightique. Il s'agit d'une dame de 65 ans, chez laquelle les troubles psychiques débutèrent il y a cinq ans ; sa santé jusque-là avait toujours été bonne, et elle ne présentait point de tare nerveuse héréditaire. Elle fut alors prise d'une vésanie singulière ; elle mettait en doute les moindres actes de son existence. A peine sortie de chez elle, elle rentrait précipitamment pour voir si elle avait bien éteint son feu et fermé sa porte. Une ou deux heures après les mêmes doutes se reproduisaient dans son esprit et la forçaient à nouveau à vérifier l'état de son appartement. Après avoir soldé ses acquisitions dans un magasin, elle va plusieurs fois à la caisse voir si elle a bien payé ses emplettes. En même temps, elle accusait des douleurs de reins, de l'œdème des jambes. Les urines contenaient par titre 1 gr. 20 d'albumine.

L'emploi du régime lacté, de l'iodure de potassium fit baisser l'albumine à 0 gr. 50, en même temps que l'état mental s'améliorait. Chaque fois que la malade interrompait son traitement, les accès de doute reparaissaient. En un mot il existait un parallélisme complet entre l'albuminurie et les manifestations de la psychose. L'urémie s'accusait parfois par d'autres signes, tels que des céphalées, de la dyspnée et même des secousses convulsions du diaphragme et du tronc.

M. Raymond attribue tous ces accidents à l'urémie, à l'auto-intoxication qui accompagne la néphrite. On conçoit l'importance du symptôme albuminurie qui a permis de diagnostiquer la filiation de ces accidents.

Une femme de 27 ans est amenée à Lariboisière, plongée dans un coma profond. Les urines extraites par le cathétérisme contenaient de l'albumine en grande quantité. Bientôt survient un accès de manie aiguë qui se termine par la mort de la malade; à l'autopsie on constata une néphrite interstitielle.

Digitized by Google

Il est bon de connaître ces faits, car ils sont susceptibles de guérir sous l'influence d'une bonne thérapeutique.

M. Ollivier. — Ces faits sont rares; il n'a jamais vu de folie brightique dans les asiles privés d'aliénés de la Seine, dont il est inspecteur. Il pense que l'urémie par elle seule ne peut provoquer la manie, le délire des persécutions, la folie du doute; il faut chez ces sujets une prédisposition héréditaire que l'on doit rechercher. De plus, le mot de folie brightique lui paraît impropre ; l'urémie peut provoquer du délire, mais non la folie vraie qui doit seule être traitée dans les asiles spéciaux.

M. Dieulafoy. — Dans le cours du mal de Bright, on observe des accidents urémiques à forme cérébrale. Le délire aigu, sous toutes ses formes, est le plus fréquent. Mais la vesanie, comme dans les faits rapportés par M. Raymond, par M. Barié, par l'orateur lui-même, peut prendre les caractères d'une pyschose à marche chronique. La folie transitoire qui en résulte est curable ; c'est pour la distinguer de la folie vraie, idiopathique, qu'on la désigne sous le nom de folie brightique. Il n'est pas moins vrai que les malades qui en sont atteints sont momentanément de véritables aliénés dont l'internement est parfois nécessaire.

M. Rendu considère que ces malades sont dangereux, impossibles à conserver dans les asiles hospitaliers ou dans les familles, quand le délire revêt une certaine intensité, et que dans ce cas ils doivent être soignés dans les asiles spéciaux.

Traitement des kystes hydatiques du foie par les injections de naphtol. — M. Juhel-Renoy a observé une malade atteinte d'un volumineux kyste hydatique du foie, dans la cavité duquel on injecta, après ponction, 100 grammes de liqueur de Van Swieten, qu'on évacua dix minutes après. A la suite, elle fut prise d'intoxication mercurielle légère. Le liquide s'étant reproduit, une nouvelle ponction amena un liquide purulent, très fétide. Pour éviter les premiers accidents, M. Juhel pratiqua un lavage avec l'eau naphtolée, suivant la formule de M. Chauffard. La fièvre tomba, puis se réveilla de nouveau, et l'on dut ainsi, dans le cours d'un mois et demi, faire sept ponctions suivies de lavage au naphtol. La malade guérit. M. Juhel considère cette guérison comme un succès en faveur du traitement médical, que l'on devrait employer de préférence aux opérations chirurgicales, toujours dangereuses.

Myosite rubéolique. — M. Gaucher a observé chez une enfant de sept ans, 8 mois après la rougeole, une myosite atrophique du sterno-mastoïdien gauche et une myosite hypertrophique et scléreuse du mollet droit. Il considère qu'il s'agit là d'une myosite infectieuse analogue à celle que l'on observe dans la fièvre typhoïde. Ces faits ont été rarement signalés dans le cours de la rougeole; c'est ce qui constitue l'intérêt de cette observation.

Dr H. Marciguey.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 juin 1890

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

Présentations. — M. le Dr Cobos : Tableaux de sémiotique clinique. — M. le Dr Heydenmann (de Pantin) : Tableaux de vaccination. — M. le Dr Catelan (d'Alexandrie) : Etudes sur la grippe. — M. le Dr J. Roger : Les médecins normands. — M. le Dr Péan : Clinique chirurgicale de 1887. — M. le Dr Ph. Tissier (de Bordeaux) : Physiologie et pathologie des rêves.

M. Féréol lit un rapport sur un travail de M. le Dr Glénard : *Exploration du foie dans le diabète.* Il conclut que le procédé du pouce, préconisé par cet auteur, peut donner des résultats précieux.

Traitement préventif et curatif des accidents du chloroforme. — M. Laborde reconnaît que le double mécanisme des accidents chloroformiques a été observé par les chirurgiens. M. Verneuil dit que, pour éviter l'accident du début, il a soin de tenir la compresse éloignée du visage du malade pendant quelques instants. Il reconnaît ainsi qu'on peut conclure du lapin à l'homme.

En dehors des accidents primitifs qui tiennent à l'action excitante du chloroforme, on a reconnu que le deuxième accident a pour mécanisme l'action toxique qui produit l'arrêt de la respiration.

Le traitement découle du mécanisme des accidents. Le danger initial, c'est l'arrêt du cœur par action réflexe. C'est là le danger sérieux, contre lequel le chirurgien est désarmé. Si la syncope cardiaque est complète, il est impossible de rappeler le malade à la vie. Pour prévenir cet accident, il faut remplir deux indications : 1° s'opposer au réflexe d'arrêt cardiaque; on peut y arriver en diminuant l'action irritante du chloroforme sur les nerfs nasaux et laryngés et en agissant sur l'excitabilité du pneumogastrique et sur les centres d'arrêt bulbaires ; 2° s'opposer aux effets d'accumulation du chloroforme par le titrage et le dosage convenables de cette substance.

Pour combattre les accidents initiaux, il faut d'abord diminuer la sensibilité générale périphérique et modérer les centres bulbaires. Pour atteindre ce premier but, on a à sa disposition les analgésiques. La morphine administrée avant la chloroformisation est très capable de prévenir l'accident initial. En théorie, ce fait est exact, mais, en pratique, on rencontre certaines difficultés. On a fait à la morphine le reproche qu'elle peut elle-même produire la syncope. C'est au médecin à savoir si son malade peut supporter la morphine. Dans la plupart des cas, celle-ci peut être employée.

Rabuteau a cherché à la remplacer par la narcéine. Mais celle ci est peu soluble. Duquesnel vient d'obtenir un nouveau produit, c'est la narcéine cristallisés rendue soluble par certaines modifications chimiques. Elle produit les mêmes résultats que la narcéine.

M. Laborde a employé la narcéine Duquesnel dans la chloroformisation et s'est assuré qu'un lapin auquel on a injecté un centigramme de narcéine Duquesnel peut supporter, sans être tué, une dose énorme de chloroforme.

Pour agir sur l'excitabilité du pneumogastrique et sur les centres modérateurs, c'est plus embarrassant. On a deux substances à sa disposition ; le curare, qui n'est pas utilisable chez l'homme et l'atropine qui agit sur l'excitabilité du pneumogastrique et sur les ganglions du cœur. En adjoignant l'atropine à la morphine, on possède une méthode qui, en physiologie, donne de bons résultats. L'atropine, cependant, pour produire son action, exige de fortes doses, 5 milligr., par exemple, chez un lapin, de sorte que, chez l'homme, son emploi est difficile.

On peut, pour émousser la sensibilité des nerfs nasaux et laryngés, employer la cocaïne en badigeonnages du nez et de l'arrière-gorge avec une solution concentrée. Ce procédé est tout à fait sans danger. On peut l'employer seul ou concurremment avec la morphine.

Dans les effets toxiques du chloroforme, il se présente deux cas. Au début de la chloroformisation, la méthode mixte (injection de morphine) peut être efficace. Comment prévenir les effets toxiques définitifs, l'arrêt de la respiration? Par le titrage et le dosage du chloroforme. Les chirurgiens en avaient depuis longtemps compris la nécessité. Un des appareils les mieux compris, pour remplir le but désiré, est le cornet des médecins de la marine. Il est à noter que ceux-ci n'ont jamais eu un *seul* cas de mort par chloroforme. Il y a aussi l'appareil de P. Bert, mais il est coûteux et encombrant. Cependant on l'a modifié de façon à le rendre pratique. Notons enfin la méthode par gouttes préconisée par M. Baudouin.

Il faut enfin s'assurer que la respiration et les battements du cœur ne sont pas arrêtés dans le cours de la chloroformisation. Pour cela, il n'y a qu'un seul moyen, c'est l'emploi du pneumographe et du cardiographe.

Elections. — Sont nommés associés nationaux : M. Herdott (de Nancy), par 54 voix sur 57 votants, et M. Bourguet (d'Aix), par 35 voix sur 52 votants.

P. R.

Digitized by Google

BULLETIN DE LA SEMAINE

L'Université qui s'en va, les Universités qui arrivent. — Les Universités régionales. — Un nouveaux diplôme.— Des réformes dans l'enseignement de la médecine.

On affirme que cette fois, c'est fini. On l'a déjà annoncé bien souvent. Ne serait-il donc plus vrai de dire que le moment où cela se termine est précisément celui où cela n'est point encore commencé?

Je parle de la réforme de l'enseignement et en particulier de l'enseignement de la médecine.

Vendredi dernier, le Conseil général des Facultés tenait un chapitre ou plutôt des assises solennelles. Il s'agissait de rendre un verdict au profit des Universités régionales et aux dépens de l'Université nationale.

Le jugement, je veux dire le vote, n'était point douteux. Pouvait-il l'être? A cette place, il y a huit jours, nous en faisions prévoir le sens en signalant le dépôt d'un rapport redigé par M. Lavisse au nom de la commission chargée d'étudier la question.

Incessamment, nous aurons donc des Universités régionales; et à moins d'un scrupule parlementaire improbable, le gouvernement ratifiera bientôt ce vote. En attendant, puisque la question est posée devant l'opinion, il faut la résoudre; quand le vin est tiré, il faut le boire. De bons esprits, très libéraux, très réformateurs et exempts de préventions intéressées demandent le profit que l'enseignement de la médecine peut retirer de ces changements dans l'organisation universitaire.

Les promoteurs des Universités nouvelles veulent créer de véritables foyers de science et de progrès. Très bien! Tout le monde désire, autant qu'eux, la décentralisation de la science et sa diffusion aux quatre coins du pays.

Comment y arriver? Par la formation de groupes universitaires comprenant chacun quatre facultés : droit, lettres, sciences, médecine, ayant pour chef officiel le Recteur de l'Académie, et pour le Conseil d'administration, une assemblée de délégués élus par le corps enseignant de chacune de ces Facultés.

Cette assemblée recevra le nom de Conseil de l'Université. On aurait pu lui donner celui de Parlement universitaire et régional; puisque suivant la formule et d'après cette constitution en projet, l'Etat pourra régner mais ne devra point gouverner.

Ce Conseil possédera une double compétence : financière et pédagogique.

De la première, inutile de parler; tout ce que l'on peut demander, c'est que dans l'intérêt des contribuables qui payent, des villes qui subventionnent, et des bienfaiteurs qui doivent, on l'espère, donner, il ne s'étende pas assez loin pour échapper au contrôle de l'Etat

De sa compétence pédagogique, que faut-il penser? Les programmes comporteraient deux parties : l'une fondamentale, et unique pour toutes les Facultés de nom semblable; l'autre, complémentaire et variable au gré du libéralisme de chaque Université, des libéralités dont les particuliers les honoreront et aussi, sans doute, des besoins locaux.

On compte donner ainsi à l'enseignement régional une originalité inédite et un brillant éclat. Excellente intention, à condition que, dans leur ardeur juvénile, ces Universités ne sacrifient jamais la première partie du programme à la seconde. Autrement, ces naissantes Universités deviendraient, et c'est là leur danger, de simples Universités à intérêt local.

Pour assurer un enseignement sérieux de la médecine, il faut, en effet, que le programme soit complet et permette à l'étudiant d'acquérir, pendant les années de scolarité, toutes les connaissances requises pour mériter son diplôme et pratiquer la médecine.

S'en souvient-on toujours assez, même au Conseil des Facultés, et ne l'oubliera t-on pas plus encore dans le Conseil des Universités régionales? Nos Facultés de médecine doivent, dans l'intérêt de la santé publique, être surtout des Ecoles professionnelles destinées à fournir au pays les praticiens éclairés dont il a besoin.

Le doctorat ès sciences médicales n'existe point; le doctorat en médecine est donc à la fois un grade universitaire et un diplôme professionnel. Voilà ce que les réformateurs semblent méconnaître.

Et la compétence pédagogique? Dans quelle mesure ces Conseils universitaires en seront ils détenteurs? On a oublié de le faire savoir.

Vraisemblablement, elle s'exercera sur les élèves; rien de plus équitable, et l'étudiant en contravention universitaire éprouvera certainement quelque satisfaction à être jugé par ses pairs. S'exercera-t-elle également sur les membres du corps enseignant, sur le professeur qui omet de faire son cours?— N'y en a-t-il pas qui ont cette lacune de mémoire? — Sur celui dont le génie industriel trouve le moyen de commercialiser la médecine? Ou bien encore sur cet autre dont les agissements mettent l'honneur universitaire en péril? Ces délits ne s'observeraient-ils donc jamais?

Et puis, il y a la question des écoles secondaires et des écoles de plein exercice. Il y a celles de l'agrégation qui n'est point résolue; il y a celle de l'enseignement libre dans les locaux universitaires.

Nos réformateurs ne s'en occupent point. En guise de rubrique à leur projet, ils mettent en vedette ces mots : Création des Universités régionales, mais sans placer en sous-titre les mots plus importants de : Réforme et de Refonte de l'enseignement de la médecine et de la loi sur son exercice.

En voici une preuve : je la trouve dans le vœu relatif aux étudiants étrangers. On demande d'autoriser les futures Universités régionales à délivrer aux étrangers un diplôme spécial, constatant leur assiduité au cours des Facultés. On suspendrait, même en leur faveur, l'équivalence des grades dont l'obligation, ajoute-t-on, est le principal obstacle qui les retient de l'autre côté de la frontière universitaire

On compte sur l'appât de ce diplôme spécial pour peupler les amphithéâtres trop déserts. C'est une illusion.

Ou bien, ce titre s'obtiendra par un travail soutenu et sera un équivalent des diplômes que nos Facultés et nos Ecoles délivrent; alors, pourquoi cette innovation?

Ou bien simple certificat, il sera de médiocre valeur.

Digitized by Google

Alors on n'ambitionnera guère l'honneur de l'acquérir. A quoi bon le créer ?

Sous prétexte de donner des auditeurs aux professeurs qui en manquent, faut-il donc amoindrir le bon renom des grades et des diplômes universitaires français? Non, ce serait renouveler la fable et abandonner — « une proie » — dans le but de saisir « une ombre ».

Encore une erreur et une illusion que l'Université nationale avait toujours su écarter.

Tant vaut le maître, tant vaut l'élève; devenues régionales, nos Universités se souviendront, je le souhaite, de ce proverbe, trop souvent oublié. C'est dire que l'avenir de l'enseignement, en ce qui concerne la médecine, ne dépend pas uniquement d'un changement du régime administratif de l'Université.

Il est lié au succès d'autres réformes : de celles-là, on ne parle pas. En parlera-t on bientôt? En attendant, il est encore vrai de dire, comme je l'ai écrit plus haut, que le moment où cela se termine est précisément celui où cela n'est point encore commencé.

CH. ELOY.

NOUVELLES SANITAIRES

L'épidémie cholérique d'Espagne.

La nature cholérique de l'épidémie de Valence ne semble plus douteuse. Les autorités espagnoles font enfin des demi-aveux et on espère que les fonctionnaires sanitaires français n'ont pas attendu ces aveux pour s'informer et prendre des mesures de surveillance prophylactique.

Le foyer initial de l'épidémie serait Puebla de Rugat, village de 720 habitants, où du 13 mai au 17 juin, on a constaté 158 cas et 60 décès suspects. Ces chiffres démontrent la malignité de cette épidémie.

Depuis, la maladie fait tache, les fuyards la transportent dans les localités voisines. On signale des cas à Calstello, Jativa, Carcogente, Albaida, et à Motichelvo, où en vingt-quatre heures, le 16 juin, il y a eu, d'après les télégrammes, 12 cas et 6 décès, chiffre élevé pour une population de 840 habitants. Enfin, à Valence, une femme fugitive de Puebla est décédée dans le courant de la semaine dernière. On signale aujourd'hui 17 juin, des cas à Ador, Palma et autres villages de la province d'Alicante.

La contamination définitive de Valence est un fait grave, en raison des relations maritimes de cette ville, de sa position géographique et des chemins de fer qui en partent.

Nous avons pris nos mesures pour que nos correspondants tiennent les lecteurs du *Journal des Praticiens*, au courant d'une épidémie dont le début rappelle celui du dernier choléra espagnol en 1884.

S. R.

INFORMATIONS

PARIS

Les enfants scrofuleux et l'Assistance publique. — La station de Berck qui reçoit 1,500 malades par an, ayant été reconnue insuffisante, le conseil a été appelé à examiner s'il n'y aurait pas utilité à tenter l'envoi de petits malades parisiens dans des stations maritimes du midi de la France et dans certaines stations thermales : Il a été d'avis qu'un essai, dans ce sens, pouvait être fait, et l'administration vient de commencer l'expérience en affectant au traitement d'un certain nombre d'enfants dans diverses stations une partie des fonds provenant du produit du pari mutuel.

Les stations qui ont été choisies sont : Banyuls-sur-Mer, Salins-du-Jura, Salins-Moutiers (Savoie) et Salies-de-Béarn. Dans cette dernière localité, l'administration a installé un petit établissement provisoire.

ÉTRANGER

AUSTRALIE. — **Congrès médical australasien.** — Ce congrès se réunira à Sydney en septembre en octobre 1891, sous la présidence de M. le Dr Mac Laurin.

ESPAGNE. — **Statistique démographique.** — Les résultats du recensement de 1887 ne sont encore que partiellement connus. Cependant on peut évaluer la population totale du pays à 17,550,000 personnes en augmentation de 951,000 sur le recensement de l'année 1877. On évalue cette augmentation à 5,4 par 1,000 habitants et par année. L'augmentation la plus considérable est celle de la population des provinces de Huelva, de Biscaye et des districts de Soria, Teruel et Almeira, où l'absence de lignes ferrées rend l'émigration plus difficile.

SUÈDE. — **Statistique de la mortalité variolique.** — De 1774 à 1800, elle s'élevait à 165 pour 100,000 habitants. En 1801 où intervient la vaccine cette mortalité descend à 90 décès pour 100,000 habitants; six années après, elle descendait au chiffre de 21. Actuellement elle n'est plus que 1 pour 100,000. Cette statistique démontre bien les bénéfices que la vaccination procure.

NOUVELLES MILITAIRES

Nomination dans le corps de santé militaire. — (Réserve). *Au grade de médecin aide-major de 2e classe* : M. le Dr Hanotte.

(Armée territoriale). *Au grade de médecin aide-major de 2e classe* : MM. les Drs Decourteix, Pitrat, Legrand, Saillet et Témoin.

Nomination dans le corps de santé de la marine. — (Activité). *Au grade de médecin de 2e classe* : M. le Dr Levrier, médecin auxiliaire de 2e classe.

Au grade de médecin auxiliaire de 2e classe : M. le Dr Durin.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les docteurs Guillou (de Paris) ancien président de la Société de Médecine Pratique; Libermann, médecin principal de 1re classe en retraite; Mouronval (d'Avesnes); Meyhœffer, (de Nice); Lebon (de Romilly) et Vacher (d'Angoulême).

En Allemagne : M. A. Schneider; professeur de zoologie à la Faculté de Breslau.

A Cuba : M. le docteur J. de la Luz Hernandez, l'un des doyens de la profession médicale et l'un des hygiénistes les plus distingués de l'Amérique.

Le Directeur-gérant : HENRI HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE — N° 26 — 25 JUIN 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THERAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

COMITÉ DE RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

AVIS. — *L'Administration de la* REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE *accepte, dès à présent, les abonnements annuels partant du 1er juillet 1890*

Elle prie MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire le 30 juin de vouloir bien lui faire parvenir, par mandat-poste, le renouvellement de leur abonnement pour éviter toute interruption dans la réception du journal.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hôpital Bichat. — M. le Dr HENRI HUCHARD

Notions pratiques sur le traitement de la chlorose et des anémies (1)

a) — Le *fer* est le médicament spécifique des anémies en général et de la chlorose en particulier. Mais, quelles préparations, quelles doses faut-il employer?

Donnez-vous la préférence aux composés solubles ou insolubles? Ce sont ces derniers que Trous-eau et Pidoux administraient d'abord; mais ils n'arrivaient ainsi qu'à irriter l'estomac et à déterminer des gastralgies. C'est aux préparations solubles qu'on doit le plus souvent recourir. Mais, quelques médecins veulent se rapprocher autant que possible des modifications que subit le fer dans l'économie, et c'est pour cela qu'ils recommandent les albuminates et les peptonates de fer.

Hayem déclare qu'au point de vue de l'assimilation, ce sont les protosels qui doivent fixer notre choix; il préfère à tous le protoxalate de fer; mais, à mon sens, les autres protosels, (protochlorure et protoiodure, le lactate de fer), ont tout autant d'efficacité.

Quelle doit être la dose? Chez un adulte, le poids du fer contenu dans toute la masse sanguine équivaut en moyenne à 3 grammes. Or, dans la chlorose d'intensité modérée, la richesse globulaire a diminué de moitié, et le taux du fer s'est abaissé à 1 gr. 50. C'est donc un déficit d'environ 1 gr. 50 de fer à combler. S'il suffisait d'introduire d'emblée cette quantité dans l'estomac, le problème serait facile à résoudre. Malheureusement, les éléments anatomiques ne fixent qu'une valeur très minime de fer, et si la dose ingérée dépasse 0 gr. 30 ou 0 gr. 40, on en retrouve une certaine quantité dans les matières fécales; une partie très faible du médicament a seule été absorbée, le reste a simplement traversé le tube digestif. On commencera donc par donner seulement 0 gr. 20 de fer en deux fois, soit 0 gr. 10 au début de chaque repas, et on arrivera à la dose quotidienne de 0 gr. 30 à 0 gr. 40, sans jamais dépasser ce dernier chiffre.

Outre les protosels, il est une autre préparation que j'emploie souvent: le tartrate ferrico-potassique. Je l'associe à d'autres substances (extraits de quinquina, de gentiane et de rhubarbe, noix vomique) pour composer des pilules « toni-ferrugineuses » dont je vous ai indiqué la formule dans une de mes dernières leçons (1).

Mais, les ferrugineux présentent parfois des inconvénients : ils provoquent et entretiennent la constipation; ou encore, ce qui est plus sérieux, ils déterminent des phénomènes d'intolérance stomacale. C'est pour cette raison qu'on a cherché des médications adjuvantes ou succédanées.

b) — Parmi ces dernières, on peut d'abord citer le *manganèse*, vanté par Hannon dès 1847. Mais, à ce sujet, les auteurs sont partagés : les uns pensent que ce médicament est inutile; d'autres, avec Hayem, le croient nuisible. Je ne suis ni aussi sceptique, ni aussi sévère à ce point de vue. J'ai obtenu parfois quelques bons effets de l'emploi du manganèse, sous forme de chlorure, de carbonate, de bioxyde ou encore de lactate, d'après cette formule :

Extrait de quinquina	ãã 10 grammes.
Lactate de manganèse	

Pour 100 pilules. En prendre 1 ou 2 à chaque repas.

Voici encore une autre formule pour la chlorose avec dyspepsie atonique et flatulente :

Bioxyde de manganèse.	ãã 5 grammes.
Charbon de peuplier	
Poudre de colombo	ãã 0,50 centigr.
Poudre de noix vomique	

Pour 20 cachets. Un cachet à chaque repas.

c) — L'*arsenic* est, selon moi, un précieux adjuvant de la médication ferrugineuse qu'il peut même remplacer avec avantage dans certains cas. Sans doute, on peut lui refuser toute action sur la crase sanguine et sur son élément globulaire; mais on ne saurait nier qu'en stimulant l'appétit, en activant la nutrition, il prépare et augmente l'action médicamenteuse des ferrugineux.

Sous forme liquide, voici la formule.

Eau distillée.	300 grammes.
Arseniate de soude.	0,05 centigr.

2 à 4 cuillerées à bouche par jour.

La forme pilulaire est quelquefois préférable, car elle produit, plus rarement que les solutions, des troubles gastralgiques :

(1) Extrait des leçons de clinique et de thérapeutique médicales du jeudi, à l'hôpital Bichat. Leçon recueillie par M. Tournier, interne des hôpitaux de Paris.

(1) Voir cette formule dans la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, n° 24, 1890, p. 382.

Digitized by Google

Extrait de gentiane . . . . . } àà 10 grammes.
Extrait de quinquina . . . . .
Arséniate de soude . . . . . 0,10 centigr.
Pour 100 pilules : 2, 4, 6 pilules par jour au commencement du repas.

On a vanté avec complaisance l'*arséniate de fer* : je ne saurais vous recommander cette préparation dont l'action me paraît bien hypothétique en raison des petites et insuffisantes quantités d'arsenic ou de fer qu'elle contient.

Si vous désirez cependant combiner l'emploi du fer et de l'arsenic, il vaut mieux associer ces deux corps, par exemple, dans la formule suivante :

Teinture de Mars tartarisée. . . . . 10 grammes.
Liqueur de Fowler . . . . . 5 —
Dix gouttes matin et soir.

Mais cette association ferro-arsenicale dans la même formule, est assez mal supportée, et lorsque je désire instituer cette médication, j'aime mieux prescrire les pilules toni-ferrugineuses au commencement du repas, et un verre à madère d'eau de la Bourboule au milieu.

d) — A ces différents moyens médicamenteux on adjoindra avec avantage l'*hydrothérapie*, l'*aérothérapie*, cette dernière sous forme d'inhalations d'oxygène, de bains d'air comprimé, de séjour à des altitudes modérément élevées. Je vous en parlerai plus loin.

e) — Il est, dans l histoire de la chlorose, un point que vous ne devez jamais perdre de vue : Les individus atteints de cette affection ont un suc gastrique pauvre en acide chlorhydrique ; les chlorotiques sont donc des hypochlorhyriques ; et certaines pseudo-gastralgies de la chlorose n'ont souvent pas d'autre origine que cette insuffisance de sécrétion de l'acide chlorhydrique dans l'estomac ; donc, *elles ne doivent pas avoir d'autre médication que celle de l'acide chlorhydrique*. Or, si vous donnez immédiatement du fer et de l'arsenic à votre malade, vous pouvez ajouter chez lui une dyspepsie médicamenteuse à la dyspepsie chlorotique. Il importe donc d'abord de restaurer les fonctions digestives ; il faut en un mot commencer le traitement de la chlorose par celui de la dyspepsie.

Hayem prescrit alors l'acide chlorhydrique d'après cette formule :

Acide chlorhydrique . . . . . 1 gramme
Eau distillée. . . . . 100 —
Une cuillerée à soupe dans un quart de verre d'eau sucrée, une demi-heure après le repas.

Voici une formule que vous me voyez souvent employer et que je préfère à la première parce que la quantité de HCl est moindre :

Eau distillée de tilleul. . . . . } àà 60 grammes
— de mélisse . . . . .
Sirop d'écorces d'oranges amères . 30 —
Acide chlorhydrique . . . . . XXX gouttes
Une ou deux cuillerées à soupe au milieu de chaque repas. On peut, suivant les indications, ajouter un ou deux grammes de teinture de noix vomique à cette potion.

J'ai réussi dans plusieurs cas à promptement améliorer des chlorotiques par la seule administration de l'acide chlorhydrique. Je réparais leurs globules en soignant leur estomac. Mais, en règle générale, il faut se conformer au précepte suivant : faire prendre les ferrugineux avant le repas et la solution chlorhydrique après. On devra continuer l'usage de celle-ci pendant trois ou quatre semaines.

f) — Je serai bref sur le *régime alimentaire* et le *traitement hygiénique*, car ils sont bien connus. Je me borne à vous dire que, sous prétexte de leur donner des forces, vous ne devez pas obliger vos chlorotiques à manger plus de viande que leur estomac ne peut raisonnablement en supporter ; de même, vous ne commettrez pas l'abus habituel de leur prescrire toujours ou longtemps du vin de quinquina, bien souvent coupable d'accidents gastralgiques et de troubles digestifs.

Vous défendrez le vin pur, les bières fortes, les liqueurs, le thé, le café, et vous leur ferez boire du lait, ou encore de l'eau pure additionnée de cognac.

Vous prescrirez encore des promenades au grand air, après le repas ou dans leur intervalle, à la condition de ne pas fatiguer les malades. On évitera les dîners en ville trop fréquents, les travaux de l'esprit prolongés, les émotions de toute sorte ; bref, il faut écarter de vos malades toute cause de fatigue physique, intellectuelle ou morale.

g) — Après le traitement médicamenteux, prend place le traitement *hydro-minéral*. Faut-il envoyer les chlorotiques aux eaux minérales dites ferrugineuses, telles que Spa, Pyrmont, Schwalbach, Franzensbad, etc.? Je n'en suis par partisan, car les avantages qu'on en retire sont minimes. Hayem partage cet avis et s'exprime ainsi :

« La cure ferrugineuse, comme toutes les cures du même genre, produit une excitation générale de la nutrition, et par suite, une amélioration de l'état apparent des chlorotiques ; mais le bénéfice qu'on en obtient est incomplet et passager, parce que la lésion du sang persiste, l'eau minérale étant incapable de faire pénétrer pendant la durée de la cure, une dose suffisante de fer dans l'organisme. »

M. Caulet, qui a exercé à Forges, une de nos eaux ferrugineuses richement minéralisées, a émis la même opinion. Du reste, la quantité de sel ferrugineux ingéré ne dépassait pas 0 gr. 05 centigr. par jour, soit 0 gr. 02 centigrammes de fer métallique. Or, en supposant que tout le fer fût absorbé, il aurait fallu alors soixante-quinze jours de traitement minéral pour combler le déficit ferrugineux du sang (Hayem). Il en résulte qu'on doit préférer la médication ferrugineuse à domicile par des préparations dont vous pouvez modifier ou élever le dosage à volonté.

En est-il de même de la station de St-Moritz, en Engaldine? L'eau de cette station est ferrugineuse ; mais ici, ce n'est pas le fer, c'est le climat qui agit. St-Moritz, situé à plus de 1,800 mètres, est un climat d'altitude ; l'air y est trop froid, trop vif et trop pénétrant. J'ai pu m'en convaincre sur place pendant un séjour que j'y fit, il y a quelques années.

D'une façon générale, les chlorotiques ne doivent pas être envoyés dans des stations dépassant 800 ou 1,000 mètres : leur système vasculaire est trop émotif pour supporter impunément de plus hautes altitudes, et les

Digitized by Google

contre-indications sont ici à peu près les mêmes que pour les vrais cardiaques.

Mais alors, si les eaux minérales ferrugineuses renferment trop peu de fer pour agir, et si les stations à trop hautes altitudes peuvent devenir nuisibles, le traitement hydro-minéral serait donc nul pour les chlorotiques? Pas le moins du monde. D'abord, le séjour au bord de la mer, les bains de mer, les eaux chlorurées sodiques fortes peuvent convenir à certaines chloroses torpides.

Mais, de toutes les stations minérales, il n'en est pas qui réalise mieux, contre les anémies, la plupart des indications thérapeutiques, que celles de la Bourboule. Ces eaux sont indiquées, surtout dans les chloroses ou les anémies torpides des lympathiques et des strumeux fréquentes chez les enfants ; dans les anémies post-grippales et post-impaludiques, dans celles qui accompagnent le rhumatisme chronique ou qui suivent la convalescence des maladies fébriles; enfin, dans les anémies consécutives à toutes les maladies graves, ainsi qu'au travail de la croissance chez les jeunes gens. « L'eau de la Bourboule, dit Gueneau de Mussy, est un des plus puissants incitateurs que je connaisse du travail nutritif et de l'hématopoièse, » et il cite l'exemple d'un jeune homme de 20 ans qui guérit en une saison d'une anémie profonde et rebelle jusqu'alors à tous les traitements. J'ai observé, pour ma part, des faits absolument semblables, surtout chez les enfants et chez les jeunes gens.

Ces bons résultats ne doivent pas vous étonner, si vous vous rappelez la composition de ces eaux qui, d'après Gueneau de Mussy, renferment 0,014 à 0,20 d'arseniate de soude par litre, 3,34 de chlorure de sodium, 2,27 de bicarbonate de soude, et 0,38 d'acide carbonique. Ces eaux agissent non seulement par leur composition chimique, mais encore par leur altitude. A la cure hydro-minérale s'ajoute donc une cure d'air, puisque cette station est à plus de 850 mètres au-dessus du niveau de la mer.

Elle réunissent donc toutes les conditions que la plupart des eaux étrangères n'ont pas. En tous cas, lorsque l'on possède en France des eaux comme la Bourboule que nous devons placer en première ligne dans le traitement d'un grand nombre d'anémies, comme Luxeuil, Forges les-Eaux, Bigorre, Salies, Salins, etc., on se demande les raisons pour lesquelles nos malades sont envoyés de préférence à Spa, à Pyrmont, à Schwalbach, à Saint-Moritz ou encore à Franzensbad, lorsqu'il est démontré, par leur composition chimique, que leurs résultats thérapeutiques doivent être illusoires.

J'y vois, pour ma part, un double inconvénient, résultant de l'insuffisance médicamenteuse de ces eaux et de la fatigue occasionnée par un long voyage.

Au sujet des eaux arsenicales, je sais que dans le Tyrol, l'eau de Roncegno renfermerait la dose énorme de 0,067 d'arsenic par litre et que celle de Levico (en Italie) en contient encore 0,009, c'est-à-dire près d'un centigramme par litre. Mais, ces eaux — les premières surtout — sont dangereuses; elles ne peuvent rivaliser avec nos premières eaux arsenicales, parce qu'il leur manque du chlorure de sodium, et parce qu'elles ne sont pas situées à une altitude suffisante.

La thérapeutique n'a rien à voir avec les questions patriotiques ; mais lorsque vous trouverez chez nous au premier rang une ou plusieurs stations minérales, je dis que votre devoir de bon médecin et de bon Français vous commande de ne pas aller chercher ailleurs ce que vous avez de bien mieux et de plus efficace dans notre pays. C'est là un devoir pour nous tous. Je ne veux pas faillir à celui de vous l'enseigner.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement et prophylaxie de la pleurésie purulente

D'APRÈS LES TRAVAUX RÉCENTS

Lorsque le médecin vient de ponctionner un malade atteint de pleurésie purulente, et qu'il a soustrait de la poitrine de celui-ci, une quantité plus ou moins grande de liquide, il n'a accompli que la plus faible partie de sa tâche ; bien plus, on peut dire, sans être taxé d'exagération, que c'est à ce moment-là surtout que les difficultés commencent. Le traitement de la pleurésie purulente est certainement un des points les plus difficiles de la thérapeutique médicale; il a donné lieu à de nombreux et à de remarquables travaux où l'on s'est efforcé de préciser avec détail ce que peut et ce que doit faire le praticien en pareille circonstance.

Or, si l'on cherche à résumer, en quelques mots, les principales considérations qui guidaient, jusqu'ici, l'intervention du clinicien, on voit que celles-ci reposaient presque entièrement sur la nature du terrain sur lequel évolue la pleurésie.

Le malade est-il un enfant, ou un adulte ? Le sujet a-t il été atteint brusquement en pleine santé, ou bien la pleurésie est-elle secondaire à une maladie antérieure ? Y a-t-il, chez le patient, une tare héréditaire bien établie, et surtout, est-il en possession d'une tuberculose démontrée, déjà en voie d'évolution ou simplement probable? Enfin, l'état général est-il relativement satisfaisant, ou profondément atteint par l'intensité et la persistance de l'état fébrile, par la longue durée de la maladie, l'abondance de l'épanchement sans cesse renaissant, malgré les ponctions successives ? Voilà autant de questions que le clinicien se posait jusqu'ici, pour déterminer le pronostic, et le mode d'intervention le plus efficace, après la ponction prémonitoire.

Or, ces éléments de pronostic restent toujours excellents, et leur valeur clinique doit être sans cesse présente à l'esprit du médecin ; mais voici qu'une science nouvelle, la bactériologie, vient de nous faire connaître un certain nombre de caractères, inconnus jusqu'alors, qui complètent heureusement les renseignements empruntés jusqu'ici à la clinique pure. Ces connaissances nouvelles ont été surtout bien étudiées en Allemagne par Fraenkel, Ehrlich, Renvers, etc. ; en France, elles ont fourni d'importants travaux et d'intéressantes discussions à la Société médicale des hôpitaux, principalement de la part de Fernet, Duponchel, Netter, Laveran, Buc-

Digitized by Google

quoy, etc. Nous voudrions ici, laissant de côté la partie purement technique de ces différentes recherches, insister sur les points qui regardent plus spécialement le clinicien.

Nous savons aujourd'hui que la pleurésie purulente est une affection microbienne, mais qu'elle n'est point imputable à un micro-organisme unique. Plusieurs espèces microbiennes, en effet, sont susceptibles de produire la suppuration de la plèvre, et le pronostic de la maladie ainsi que son traitement, dépendent de l'espèce particulière du microbe rencontré dans le liquide purulent.

Les espèces microbiennes qu'on peut trouver dans le pus, sont assez nombreuses ; cependant, en dernière analyse, ces microbes se ramènent à quatre variétés distinctes :

Le pneumocoque ;
Le streptocoque ;
Les microbes des produits putrides ou gangréneux ;
Le bacille de la tuberculose (Koch) ;

La pleurésie purulente à pneumocoques est plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte ; chez ce dernier, la variété la plus fréquemment observée est la pleurésie à streptocoques. En effet, sur soixante dix-neuf cas de pleurésies purulentes observés ou recueillis par Netter, on trouva dix-sept fois des pneumocoques, contre cinquante-trois observations de streptocoques. Il est donc important de savoir reconnaître au microscope la nature du micro-organisme qui existe dans le pus. C'est là une besogne relativement facile avec un peu d'habitude ; toutefois, pour acquérir une certitude absolue dans le diagnostic bactériologique, il serait nécessaire de confirmer l'examen microscopique par des inoculations à des cobayes et par des cultures dans des milieux appropriés (gélatine, gélose, etc.). Cette recherche s'impose dans le cas où les microbes observés sont de différentes espèces, car à côté des quatre variétés que nous avons admises, il existe des cas de pleurésies purulentes mixtes.

Le pneumocoque est facile à reconnaître au microscope : il se présente sous la forme en fer de lance bien connue, et est entouré d'une capsule qui se colore facilement.

Au contraire, le streptocoque se présente sous forme de chaînettes, de dimensions variables. Cependant, sans recourir toujours à l'examen microscopique, le simple aspect du pus peut souvent donner des indications utiles sur la nature des microbes qu'il renferme : on a remarqué en effet que les pleurésies suppurées à pneumocoques ont souvent une apparence séreuse avec fluidité anormale ; mais dans les cas douteux, c'est le microscope qui doit avoir le dernier mot.

La recherche du bacille de Koch, dans le liquide épanché, demande un peu plus de soin et de patience ; de plus, il est bon de se rappeler que, suivant Fraenkel et d'autres auteurs, on devra encore penser à la tuberculose toutes les fois qu'on ne trouve pas traces de microbes dans le pus.

(*A suivre*).

Dr Ernest Barié,
Médecin des Hôpitaux de Paris.

MÉDECINE PRATIQUE

Les indications thérapeutiques de la médication musculaire

CAFÉ, KOLA ET CAFÉINE (1).

Après les physiologistes, les cliniciens. On dit qu'il ne faut jamais placer la charrue devant les bœufs. Cela est parfois nécessaire ; et, si j'ai exposé les résultats de l'expérimentation physiologique avant ceux de l'expérimentation clinique, c'est seulement pour me conformer à l'usage.

L'histoire thérapeutique des plantes à caféine, et tout un ensemble de documents, dont je retiens seulement quelques-uns, commandent en effet de rappeler que les cliniciens ont les premiers soupçonné, reconnu et utilisé les vertus musculaires des caféiques avant que les physiologistes les aient mises à l'essai sur les animaux.

En 1871, il y a dix-neuf années, à propos de la myocardite des varioleux, M. H. Huchard n'écrivait-il pas, en collaboration avec M. Desnos, que le café et la caféine « agissent sur la fibre cardiaque au même titre » que l'électricité sur un muscle atrophié et paralysé » ? De son côté, Méplain avait comparé l'action du café sur les muscles à « la stimulation exercée par la strychnine et l'électricité. »

Ce n'est pas tout : la caféine avait déjà fait du chemin dans la pratique et mérité la réputation d'un médicament cardiaque, puisque Koschlakoff et Botkin d'abord, Jaccoud ensuite, l'avaient recommandée à ce titre.

Ici médicament cardiaque, là agent cardiosthénique, peu importe ; dans l'espèce c'était question d'interprétation ; les faits n'en étaient pas moins acquis. La priorité de leur découverte revient aux cliniciens et non aux physiologistes. *Suum cuique*. Il faut donc rendre à chacun ce qui lui revient.

Que disent les observations de ces auteurs et de leurs émules ? En administrant à l'homme une dose quotidienne d'un quart de gramme à un gramme de caféine, — c'est la dose que M. Jaccoud employait, en 1866, à l'hôpital de la Charité — « l'impulsion du cœur prend » de la force et ses battements se régularisent ».

Ces phénomènes correspondent, ce me semble, aux manifestations physiologiques de la première phase de la caféinisation expérimentale : il y a stimulation du cœur. C'est une dose faible : c'est, je le veux bien, *une dose accélératrice et cardiaque* ; soit, c'est déjà une dose thérapeutique.

L'augmente-t-on, et, fidèle aux indications formulées par M. H. Huchard (*Bulletin de la Société de thérapeutique*, 1882), Lépine (*Lyon médical*, 16 *juillet* 1882) et Giraud (*Thèse de Lyon*, 1882), la porte-t-on jusqu'à deux grammes ? L'action musculaire s'accentue, il y a augmentation des battements du cœur en énergie, et un effet expliquant l'autre, diminution de leur nombre ; c'est *la dose cardiosthénique*. Elle met le malade en période cardiosthénique de caféinisation thérapeutique.

(1) Suite et fin. Voir n° 24, 11 juin 1890.

Digitized by Google

Arrive-t-on aux doses toxiques ? Ici, les cas d'empoisonnement le prouvent — les caféiques agissent à la manière des poisons musculaires; la caféine tuant le myocarde, comme elle tue les autres muscles. Voilà, ce semble, une affirmation qui n'est point en désaccord avec les altérations de la fibre musculaire signalées par Schmiedeberg, et que l'on peut accepter sans intervenir dans le débat sur l'histoire naturelle des grenouilles et leur résistance à la caféine en raison de leur couleur rousse ou verte!

Les empoisonnements volontaires ou accidentels par le café et la caféine sont relativement exceptionnels; cette rareté est, j'en conviens, fort heureuse pour l'humanité: elle n'est point, cependant, un motif pour proclamer, comme on l'insinuait dernièrement, l'innocuité du médicament et pour le faire entrer dans l'alimentation du soldat.

Il en existe des exemples classiques. Témoin les troubles cardiaques éprouvés par une malade de Curschmann qui, dans le but de provoquer un avortement, ingéra une décoction préparée avec 250 grammes de café, (*Deut. Klin.*, 1873, p. 377), escomptant — elle faisait de la physiologie sans le savoir — l'action stimulante de la caféine sur le muscle utérin : témoins les accidents cardiaques observés par Binz (*Memorabilien*, 1877, p. 494), après l'administration d'une dose élevée de caféine; témoin encore le cas classique de cet homme dont parle Routh (*The Lancet*, 1883, t. I, page 680) et chez lequel une dose exagérée de citrate de caféine provoqua des vertiges, du collapsus et, selon l'expression d'un médecin anglais « *the prostration of heart* »; Cette dernière observation ne possède-t-elle pas en quelque sorte la valeur d'un fait expérimental ?

Dans la phase ultime de la caféinisation thérapeutique, — la physiologie l'a prouvé, — le cœur bat irrégulièrement, se ralentit et finalement s'arrête en diastole. Il y a une *asystolie caféinique* qui, ce me semble, n'est point sans analogie avec l'asystolie digitalique. Entre médicaments musculaires et poisons du cœur, on peut se ressembler de plus loin.

L'action des caféiques sur le cœur n'est donc point douteuse, et, pour mieux justifier le raccord entre les faits cliniques et les faits physiologiques, il suffirait d'entrer dans les détails. — Ce serait une argumentation superflue des expériences plus ou moins récentes de Stilkmann et Falk (*Arch. f. Path. anat.*, bd. XI, p. 324), de Aubert et Hasse (*Pfluger Arch. f. phys.*, bd. p. 584), de Voit (1864), de Johannsen (*Thèse de Dorpat*, 1869), de Maki (*Thèse de Strasbourg*, 1889), de Reichert (*Thérapeutic Gazette*, 15 mai 1890), des travaux de nos compatriotes et de nos propres recherches au laboratoire thérapeutique de l'hôpital Bichat.

Mieux vaut se placer sur le terrain pratique et, en forme d'indication thérapeutique, répéter avec les cliniciens que je citais plus haut : « *La caféine est un médicament cardiaque; à dose suffisante, elle ralentit, régularise et renforce les contractions du cœur.* » De plus, ajouterai-je, à cette dose, elle doit être prescrite par des mains habiles car, si l'observation clinique fait constater la tolérance de l'organisme pour la caféine, la physiologie montre aussi le danger de son emploi excessif et intempestif.

La caféine ne possède pas seulement les vertus d'un médicament cardiaque; c'est un *agent* de la médication *vasculaire*. Serait-il donc déraisonnable d'admettre qu'elle agit sur les fibres musculaires des vaisseaux comme elle agit sur celles du cœur ?

On connaît sa réputation comme diurétique. Gubler, Milliken, Blakenridge l'ont trop vantée sans doute, mais justice a été faite de ces exagérations. On a comparé la diurèse caféinique à la diurèse digitalinique et à la diurèse strophantinique; on a montré des analogies plus grandes avec celle-ci qu'avec celle-là; puis, on l'a placée, opinion moyenne et raisonnable, au rang de ces diurétiques à effets modérés, soutenus, durables, et à la fois stimulateurs de l'épithelium rénal et stimulateurs vasculaires.

Est-ce une simple vue de l'esprit? Non; tous les observateurs ont signalé des variations de tension sanguine et de pression artérielle sous l'influence de ses préparations; tous s'accordent sur ses effets vasculaires. Si on diffère d'opinion, c'est sur le sens de ces variations et non sur le fait lui-même. A quoi bon discuter. Ce serait renouveler un procès sur les conditions dans lesquelles les observateurs se plaçaient et répéter les récentes expériences de MM. Roy et Sherrington (*Journal of physiology*, 1890, t. XII, p. 90). Finalement, d'ailleurs, ce début ferait constater que les effets vasculaires, comme les effets cardiaques de la caféine, varient avec les doses de cette substance.

Quand la dose est faible, ou bien au début d'une expérience, lorsque l'absorption est incomplète, les vaisseaux sont dilatés; il y a augmentation de la pression sanguine; c'est aussi la période où les battements du cœur se régularisent et celle où il y a des effets cardiosthéniques. Plus tard, dans une phase avancée de l'expérience, ou bien d'emblée, après une dose élevée de caféine, les vaisseaux se resserrent; il y a vaso-constriction; la pression sanguine diminue; l'heure de l'intoxication caféinique est venue; on entre dans cette période ultime où le cœur dilaté s'arrêtera en diastole.

Ainsi donc, et cette conclusion n'est pas sans intérêt pour la posologie de ce médicament, pour obtenir des effets vasculaires de la caféine il faut tenir le plus grand compte des doses employées.

Doit-on aller plus loin et ajouter : à dose modérée, la caféine est un agents élévateur de la tension artérielle, et, à doses élevées, un artério-dépresseur : ici médicament contre l'hypotension, là, remède contre l'hypertension? Non, pas de généralisations prématurées, fussent elles même vraisemblables. Des faits seulement; or, ces faits existent, on l'a vu; et, une fois de plus, l'action musculaire de la caféine justifie simultanément son indication thérapeutique comme *médicament vasculaire* et ses succès comme médicament cardiaque dans le traitement des cardiopathies artérielles.

L'action musculaire des caféiques se traduit aussi par des modifications des mouvements respiratoires.

Trousseau et Pidoux, il y a beau temps de cela,

Digitized by Google

écrivaient que l'ingestion du café rend les mouvements respiratoires plus aisés. Leurs prédécesseurs ne l'ignoraient pas, quand ils le prescrivaient contre les dyspnées. Un préjugé populaire ne veut-il pas aussi que « le café donne de l'air aux asthmatiques?» Les aborigènes des pays tropicaux d'Afrique et d'Amérique l'admettent par tradition, en mâchant la noix de kola et en buvant l'infusion de maté, deux plantes fort riches en caféine, dans le but de prévenir l'essouflement de la marche.

M. Monnet, dans sa thèse sur la kola, tous les observateurs dans leurs expériences sur le café et la caféine, ont donc constaté, ou même enregistré cette action sur les mouvements respiratoires.

A une dose faible la caféine rend les mouvements plus aisés et facilite la respiration en l'accélérant. C'est la *dose eupnéique de la caféine.*

Par contre, une dose élevée de cette substance la ralentit. Par contre aussi, devançant encore la physiologie, les cliniciens ont depuis longtemps noté des perturbations respiratoires dans les empoisonnements chroniques par la caféine, phénomènes, parfois assez violents, méritant, je pense, le nom de *dyspnée caféinique.*

Mais j'entends une objection : « d'une part, *agent eupnéique ;* d'autre part, *dyspnée des caféomanes?* » Voilà une action musculaire, sans doute, mais cette action n'est elle point paradoxale? » Non. Ici, comme je l'ai écrit plus haut, c'est question de doses. Rien de plus, rien de moins. Voilà ce que, dans la posologie des caféiques, on ne devrait jamais oublier.

Il y a donc indication thérapeutique à prescrire la caféine à *doses convenables* et *comme agent eupnéique* contre les *dyspnées des cardiopathes* par insuffisance du myocarde, ou contre ces asthmes cardiaques de ces individus dont les muscles respirateurs insuffisants ne peuvent pas, comme Basch l'a dit, vaincre la résistance d'un poumon turgide et rigide.

Agent eupnéique, la caféine est le médicament de la fatigue respiratoire ; agent cardiosthénique, elle est celui du cœur fatigué. En le prescrivant dans les cardiopathies pulmonaires ou dans les accidents dont le poumon cardiaque est le siège, on pratique donc une manœuvre thérapeutique à double action.

Comme je le rappelais plus haut, après Fonssagrives et les autres, les caféiques sont donc des agents de défatigue musculaire. Ils *défatiguent* le cœur ; ils *défatiguent* tous les muscles. On a donc eu raison dr tirer parti de cette propriété pour combattre toutes les asthénies musculaires.

Ne l'a-t-on pas prescrit contre l'atonie intestinale et la constipation? Ne l'a-t-on pas vanté dans la méthode cubaine, pour favoriser la réduction des hernies? (Triger, Carrère de Marnac, Czernicki, Baracut, Lamarre, Picquot, etc.). Pour ce même motif, Cellarier (de Montpellier) et plus tard Meplain ne lui décernaient-ils pas le titre mérité de stimulant de la contractilité musculaire de l'intestin?

Le café, on le sait aussi, augmente la fréquence des mictions. N'est-ce point encore — Leven le pensait sans doute (*Arch. de phys.* 1868) — un effet musculaire par excitation des fibres musculaires de la vessie? Ce n'est point tout. Voici d'autres témoignages :

En toxicologie, on connaît ces troubles convulsifs, constituant la *chorée des caféomanes.* En physiologie, on a signalé la rigidité des muscles des animaux empoisonnés par la caféine ; cette rigidité se développe et persiste, comme je l'ai constaté, sur les membres des animaux, malgré la section préalable des troncs nerveux, unissant ces membres avec la moelle.

De plus, voici que Reichert, confirmant ces conclusions, vient de prouver à son tour l'action de la caféine sur le muscle cardiaque des animaux, même quand, par la section des nerfs pneumo-gastriques et de la moelle cervicale, on isole cet organe de toute connexion avec les centres nerveux.

En clinique médicale, enfin, la caféine et les caféiques ont donné assez de preuves de leurs propriétés *toniques,* M. Huchard, qui a été, comme il le rappelle dans une de ses récentes leçons, le premier à l'utiliser, manque rarement, nous dit-il, de les prescrire contre les états adynamiques, des injections sous-cutanées de caféine qu'il substitue avantageusement aux injections d'éther. Il les a employées aussi avec le plus grand succès chez les diabétiques qui ont toujours imminence de surmenage et de fatigue.

Au point de vue thérapeutique, il serait donc intéressant de comparer l'action de la quinine, de la strychnine et de la caféine. Chacune d'elles, à sa manière, est un médicament musculaire et la caféine semble être une sorte de *strychnine atténuée.*

Mais, pas de théorie. Il importe assez peu de discuter académiquement sur la nature intime des effets musculaires des caféiques. Faut-il considérer ces effets comme le résultat *indirect* d'une anormale excitation des centres cérébraux-spinaux ; ou bien — mécanisme moins banal — sont-ils le résultat *direct* d'une altération des terminaisons nerveuses ou du tissu propre du muscle? Inutile d'insister ; mieux vaut rappeler que, depuis longtemps, le café, la caféine et la kola ont acquis droit de cité en matière médicale dans la médication de tous les états adynamiques en hygiène usuelle dans le traitement prophylactique de la fatigue. C'est moins superflu et plus profitable.

En résumé, les *indications thérapeutiques* des plantes à caféine sont celles des médicaments musculaires, et cette affirmation est motivée par la physiologie expérimentale autant que par l'observation clinique.

On se plaint, avec raison souvent, des thérapeutes trop empressés de conclure de l'animal à l'homme. Eh bien ! Dans la question des caféiques, on a, je le répète, suivi la méthode inverse. L'honneur de cette découverte revient aux cliniciens. Je le constate à nouveau pour rendre hommage à la vérité et non pour résoudre une question de priorité.

Comme *tonique du cœur,* la caféine et les substances qui la contiennent, sont donc indiquées dans les diverses cardiopathies, et en particulier à leur période ultime, qu'il s'agisse de cardiopathies artérielles ou de cardiopathies valvulaires, « quant la digitale échoue ordinai- » rement » (Huchard).

Digitized by Google

Elles sont indiquées contre la faiblesse cardiaque des malades en puissance d'angine de poitrine. Elles soulagent ces malades en agissant — il faut s'entendre — contre la cardiosthénie ou l'insuffisance musculaire du cœur et non pas contre l'angor pectoris elle-même. Dans le traitement de cette maladie, on ne doit pas, ajouterai-je, perdre de vue que la caféine augmente l'énergie du muscle cardiaque, tandis que les iodures diminuent l'effort que le myocarde doit vaincre. Les iodures, comme je l'ai écrit ailleurs (*Gaz. hebd.*, 1888, *De la Médication artérielle*), sont les agents de soulagement cardiaque : par leur action vasculaire, ils vident le cœur central au profit de cet ensemble d'organes auquel Cl. Bernard donnait le nom de cœur périphérique. La caféine renforce le premier contre la résistance du second. C'est ainsi que, médicament musculaire, elle remplit, aussi, le rôle d'un médicament vasculaire.

C'est encore un *tonique général* : contre l'adynamie des typhoïsants, l'emploi du café dans la fièvre typhoïde date de loin — contre celle des varioleux — je l'ai rappelé plus haut — contre l'embryocardie, ce syndrome avant-coureur de la mort, qu'une injection de caféine combat plus utilement que les injections d'éther, contre la dilatation cardiaque suraiguë et secondaire dans les congestions pulmonaires de la rougeole au début, contre l'état adynamique des cholériques, sous la forme de préparations de noix de kola (H. Huchard, Monnet, Duriau), médicament dont les propriétés à la fois astringentes et musculaires satisfont à une double indication ; enfin, contre l'état adynamique des pneumonies, le coma diabétique, et l'adynamie des fièvres palustres.

En fait, on la prescrira chaque fois qu'il faudra frapper un grand coup, stimuler la contractilité d'un organe ou relever celle de tout le tissu musculaire de l'organisme.

Pour découvrir et employer les vertus musculaires du café, de la noix de kola et de la caféine, les thérapeutistes n'ont donc pas eu besoin d'attendre les révélations académiques de l'année 1890 et l'essai des rations dites accélératrices à l'usage de nos soldats. Qu'il soit patriotique de mettre la matière médicale et la caféine au service de nos armées en campagne, tout le monde en convient, mais tout le monde convient aussi qu'il serait aussi patriotique de rendre hommage à la vérité, surtout lorsque la vérité consiste à proclamer la priorité des découvertes françaises, ou à défendre le patrimoine de notre science nationale et le labeur de nos savants

CH. ELOY.

LE TRAITEMENT DES MALADIES

REVUE BI-MENSUELLE DE THÉRAPEUTIQUE

I. — *Traitement de la tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses (naphtol camphré).* — II. — *Traitement de l'occlusion intestinale.*

I. — **Traitement de la tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses.** (*De l'emploi des antiseptiques et en particulier du naphtol camphré*). — Tel est le titre d'une thèse soutenue récemment par un de nos excellents élèves, le docteur Reboul. Nous en profiterons pour donner à nos lecteurs quelques indications précises sur le naphtol et plus particulièrement sur le naphtol camphré et ses applications à la thérapeutique chirurgicale.

Le naphtol B, le seul employé, a été découvert par Griess. A la fin de juillet 1888, M. Desesquelle, interne en pharmacie à l'hôpital Lariboisière, réussit à produire le naphtol camphré en mélangeant 2 parties de camphre et 1 partie de naphtol B. C'est un liquide onctueux au toucher, plus dense que l'eau, insoluble dans ce véhicule, miscible aux huiles fixes et volatiles, à l'alcool, à l'éther, au chloroforme. Exposé à l'air libre il cristallise ; le camphre se volatilise et le naphtol cristallise. Il se colore très rapidement à la lumière, d'où la précaution de le conserver dans des flacons bien bouchés et en verre jaune pour le soustraire à l'action des rayons chimiques.

Le naphtol camphré peut s'employer en injections, comme topique dans le pansement des plaies ; il peut, encore servir pour la stérilisation des instruments. On a injecté dans des articulations, des synoviales tendineuses, des abcès froids dans la plèvre, dans l'utérus, jusqu'à 50 et 100 grammes. Ces injections ne sont nullement douloureuses et ne déterminent, d'après M. le docteur Reboul, aucun accident local, aucun phénomène général d'intoxication. Il faut, pour ces injections, se servir d'une seringue en verre avec piston en fils de coton ou d'ouate, car le liquide altère le caoutchouc en le rendant cassant. Reboul a aussi essayé le naphtol en injections interstielles dans des testicules tuberculeux, dans des masses ganglionnaires, dans des arthrites et des synovites tuberculeuses ; il en a injecté de 2 à 10 gouttes, suivant le volume des parties à influencer, en espaçant les injections de 8 à 10 jours.

Dans 5 cas, il l'a employé en instillations (4 à 5 gouttes tous les 6 ou 8 jours) dans la cystite tuberculeuse et dans les cystites purulentes... et cela avec succès.

Pour l'appliquer en pansements sur les ulcérations tuberculeuses, sur les plaies atones ou septiques, on se sert de gaze hydrophile simple ou de gaze au salol, imbibée de naphtol camphré. — Le pansement n'est pas douloureux, ou du moins la cuisson assez vive que le malade ressent lors de l'application ne dure pas longtemps. Il est bon, au bout d'un certain temps, surtout pour les peaux délicates, d'enduire celle-ci de vaseline simple ou salolée, pour l'empêcher de s'excorier. Nous avons fréquemment noté ces excoriations quand on panse au naphtol camphré pendant quelque temps.

Nous avons assez souvent employé le naphtol camphré dans les cas d'otites suppurées moyenne ou externe chez les adultes et chez les enfants. Mais ici, il faut en atténuer l'action en le mélangeant avec parties égales de glycérine ou d'huile d'olives ; sinon le malade ressent une cuisson, voire même une douleur très vive ; c'est ce que nous avons surtout remarqué chez les enfants. Nous l'employons sous la forme d'instillations après lavage de l'oreille, à la dose de quelques gouttes qui rempliront le conduit auditif et par-dessus lesquelles on place un tampon de gaze iodoformée pour en empêcher l'écoulement ; à renouveler 2 à 3 fois par jour.

Digitized by Google

Les nombreuses observations publiées à la fin de la thèse du docteur Reboul, celles que nous-mêmes avons eu l'occasion de faire depuis que nous employons couramment cet antiseptique, nous engagent vivement à le recommander aux praticiens comme très efficace et sans danger.

II. **Du traitement de l'occlusion intestinale.** — Tant que le diagnostic de la pathogénie de l'occlusion intestinale sera entouré des difficultés et des obscurités que tous nous connaissons, le traitement s'en ressentira forcément et nous serons obligé de l'instituer dans des conditions variables suivant nos presomptions ou nos certitudes.

Il y a, au point de vue clinique, deux grandes variétés d'occlusions intestinales, l'une évoluant d'une façon aiguë avec symptômes à grand fracas, et présentant tous les signes de l'étranglement herniaire, l'autre chronique dans sa physionomie et ses allures, s'établissant d'une façon définitive à la suite d'attaques antécédentes de constipation plus ou moins opiniâtre. Si ces deux formes cliniques répondaient presque toujours à des variétés pathogéniques identiques, ce serait un grand point pour la thérapeutique et l'intervention chirurgicale. Malheureusement il n'en est rien. Outre qu'il y a des formes intermédiaires multiples, deux occlusions dues à la même cause revêtiront chez deux malades des physionomies toutes différentes et réciproquement.

De ces incertitudes dans la clinique découlent nécessairement de grandes hésitations au point de vue de l'intervention. Certes il y a des cas types où le chirurgien armé des antécédents du malade, des signes qui lui sont fournis par le début et la marche des accidents, par l'étude des symptômes, pourra se prononcer et choisir le traitement le plus rationnel.

Mais tous ceux qui ont pu observer bon nombre d'occlusions intestinales, savent que c'est la rareté, et c'est presque toujours sur des présomptions plus ou moins fondées que nous intervenons. En général, à moins de faits tout à fait types par la clarté du diagnostic et l'acuité des accidents, nous ne le faisons que lorsque déjà la médecine a épuisé tous les moyens habituellement mis en usage contre l'occlusion de l'intestin, en tête desquels se placent toujours les purgatifs plus ou moins énergiques et répétés, les douches ascendantes par le rectum, le lavage de l'estomac, etc., etc.

Depuis quelques années, grâce aux travaux de notre confrère et ami le docteur Boudet de Paris, le lavement électrique est entré dans la thérapeutique. C'est là, certainement, un grand pas de fait dans le traitement des occlusions intestinales et, à moins de contre-indications spéciales, il doit être employé avant toute intervention active de la part du chirurgien. La thèse de M. le docteur Ed. Voizot a été soutenue tout récemment sur ce sujet (Traitement de l'occlusion intestinale par l'électricité, lavement électrique, *thèse de Paris*, n° 189, 1890).

Jusqu'en 1880, l'électrisation faradique fut seule en honneur. A cette époque, le docteur Boudet (de Paris), préconisa les courants continus en employant comme pôle rectal une certaine masse d'eau injectée dans l'intestin, tandis que l'autre pôle se trouvait sur la peau de l'abdomen.

Voici, sommairement, en quoi consiste la manière de faire :

La pile que l'on doit choisir est une pile à 24 éléments ou, à son défaut, de 12 à 15, comme celles des sonneries électriques, à laquelle on adaptera un galvanomètre d'intensité. Il est absolument indispensable de connaître à tout instant l'intensité du courant employé L'excitateur rectal se compose d'une longue sonde en gomme recourbée, armée à son bout libre d'un mandrin tubulaire métallique dont l'extrémité n'atteint pas le niveau de l'œil de la sonde. Cette sonde est rattachée par son mandrin métallique au pôle négatif de la batterie. Le second pôle est formé par une plaque en étain garnie de peau de chamois et large. Tandis que la sonde est introduite dans le rectum, aussi loin que possible et sans aucune brusquerie, après avoir été bien enduite de vaseline, la plaque d'étain bien mouillée est fixée à l'aide de bandes contre la peau du ventre. Par la sonde on injecte doucement et sans secousses de 1 à 2 litres d'eau tiède salée, en recommandant au patient de bien retenir le lavement et en n'injectant que jusqu'à un léger besoin d'aller à la selle. Tout est maintenant prêt pour l'opération. Le pôle négatif étant mis en contact avec la sonde, le positif avec la plaque d'étain, on fera passer le courant; on devra toujours commencer par un courant d'une faible intensité, 10 milliampères, puis on augmentera progressivement jusqu'à 30 et 40 milliampères.

Il devra passer pendant 5 à 6 minutes sans aucun choc en recommandant au patient de résister autant que possible aux envies de défécation. Au bout de ce temps on renverse le sens du courant. On recommence toutes les 20 ou 30 secondes pendant cinq à dix minutes jusqu'à ce que le patient nous dise qu'il est absolument obligé d'aller à la selle. C'est alors qu'il faut retirer la sonde et que la séance est terminée.

Le lavement est alors éliminé et avec lui ou encore peu après lui des gaz et des matières quand la désobstruction s'est faite. Ce sont généralement les gaz qui passent les premiers et annoncent la levée de l'obstacle. Quand un seul lavement n'a rien donné on est autorisé à recommencer plusieurs fois, trois à quatre fois et même plus à 6 ou 8 heures d'intervalle pour laisser reposer le patient qui en est plus ou moins fatigué. Il ne faut néanmoins pas perdre trop de temps; il y a de grandes chances, lorsqu'il n'y a pas eu de résultat au bout de deux à trois séances bien faites, que l'obstacle ne sera pas levé et qu'il faudra recourir soit à la laparotomie soit à l'entérotomie. Il faut songer que ces opérations ont d'autant plus de chances de réussir que l'on aura affaire encore à un sujet résistant indemne de ce ballonnement qui commence à donner de la dyspnée et de l'inflammation du péritoine.

C'est là une question très délicate qui doit être laissée toute entière à l'appréciation du chirurgien qui, d'après le tableau clinique, devra se décider plus ou moins rapidement pour l'intervention.

Il y a une contrindication absolue à l'emploi du

Digitized by Google

lavement électrique ; c'est l'asthénie cardiaque résultant soit de lésions du cœur antérieures à l'occlusion, soit du retentissement de la lésion abdominale sur la circulation. Si le pouls est petit, misérable, précipité, intermittent, toute tentative d'électrisation doit être laissée de côté, à moins de risquer une syncope.

De même toute tentative doit encore être cessée quand, chez un malade qui a déjà subi plusieurs séances, on voit se produire toute modification du pouls qui indique un état de dépression progressif.

Si l'on soupçonne une lésion organique de l'intestin et par conséquent la possibilité d'une perforation ou d'une rupture par suite de mouvements trop intenses, il faudra être très réservé sur l'application de l'électricité et n'user que de courants relativement peu intenses.

En résumé le lavement électrique nous paraît un des seuls moyens vraiment efficaces à mettre en usage et cela presqu'aussitôt dans les occlusions intestinales ; plusieurs fois déjà et l'an dernier encore nous avons pu constater son efficacité dans un cas pour lequel nous avons demandé l'assistance de notre ami le docteur Boudet de Paris. Autant nous redoutons, à moins de conditions tout-à-fait exceptionnelles l'usage des purgatifs répétés et violents très souvent inutiles quand ils ne sont pas nuisibles par eux mêmes ou par la perte de temps qu'ils occasionnent, autant nous conseillons l'emploi prudent de l'électricité avec cette restriction qu'il faut passer outre dès qu'au bout de trois à quatre tentatives, la méthode a échoué.

Dr E. Schwartz,
Professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de la Maison municipale de santé

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

De l'avortement dans l'insuffisance cardiaque, par M. Handfield-Jones. — Les rapports entre cet accident de la grossesse et les cardiopathies ont été notés trois fois par l'auteur ; l'avortement paraissant dû, dans ces cas, à un trouble cardio-vasculaire (*Brit. med. Journal*, 15 mars 1890).

Dans ces cas, il se produirait des hémorragies entre la surface utérine et les membranes, et ces hémorragies auraient pour cause une sorte de décollement placentaire, résultant de l'activité plus grande du cœur et la congestion active causées par elle. M. Handfield-Jones recommande donc aux cardiopathes, en état de grossesse, de faire usage des toniques du cœur et d'éviter tout surmenage de cet organe du cœur. C'est le traitement prophylactique de ces accidents. S. R.

Du danger des cautérisations intra-utérines, par M. Schrader. — Les cautérisations de la muqueuse intra-utérine avec les divers caustiques, et en particulier avec le perchlorure de fer, peuvent causer des accidents septiques par suite de la putréfaction des tissus escharifiés (*Zent. f. Gynæk*, 12 avril 1890).

A ce point de vue, M. Schrader considère le curetage utérin comme avantageux. Il l'emploie donc, et dans les cas où il existe des fongosités de la muqueuse, il le fait suivre d'applications d'un topique à la fois caustique et antiseptique. Ce topique est l'acide phénique pur. S. R.

TOXICOLOGIE

Empoisonnement par des instillations d'atropine, par M. O. Belt. — Le malade était atteint d'opacités cornéennes et fut opéré de l'iridectomie à gauche. On lui instilla trois fois par jour entre les paupières, une goutte d'une solution d'atropine à 10 centigrammes pour 15 grammes d'eau (*Philad. med. News*: 5 avril 1890, p. 369).

Après la septième instillation, il éprouve les accidents suivants : congestion du visage, rapidité extrême du pouls, dilatation pupillaire droite. agitation, délire. On cesse l'atropine ; on administre de la morphine. Néanmoins, l'excitation cérébrale ne disparut qu'après quarante-huit heures. C'est là, sans nul doute, un accident rare, étant donnée la faible dose d'atropine habituellement employée. S. R.

De la morphine comme antidote de l'atropine, par M. E. Lawrie. — Un étudiant en médecine, atteint de névralgie, avait ingéré une solution de trente centigrammes d'atropine, quand l'auteur fut appelé (*The med. Record of Calcutta*, avril 1890).

Il prescrivit un vomitif et le lavage stomacal; néanmoins, les pupilles se dilatèrent, les muqueuses devinrent sèches, la respiration stertoreuse et les battements du pouls intermittents. C'est alors que M. Lawrie injecta successivement deux doses de morphine de cinq centigrammes chacune. Trois heures après, malgré ce traitement, la situation s'aggravant, on pratiqua la respiration artificielle et on injecta une nouvelle dose de morphine. C'est alors que le pouls et la respiration s'amendèrent et que le malade reprit connaissance. Il guérit. Cette médication est à essayer dans des cas semblables ; mais alors il faut, pour obtenir des effets décisifs, administrer la morphine à doses élevées. S. R.

LARYNGOLOGIE ET RHINOLOGIE

De l'emploi de l'acide trichloroacétique dans les affections du nez et du larynx, par M. Ehrmann. — Primitivement recommandé par Stein (de Moscou), ce caustique serait supérieur à l'acide chromique : il est exempt d'odeur et son emploi ne provoque point d'accidents consécutifs. (*Wien. Med. Blatt.*, 20 mars 1890.)

Voici le procédé adopté par l'auteur :

1° On badigeonne préalablement la pituitaire, si on doit cautériser les fosses nasales, avec une solution de cocaïne à dix pour cent ;

2° On applique ensuite, sur la surface malade et anesthésiée, au moyen d'une pince spéciale, un cristal d'acide trichloroacétique.

Cette pince creusée en coupe à son extrémité, limite l'action du caustique. Celui ci, en s'évaporant, ne donne point de vapeurs irritantes. Enfin, l'eschare s'élimine après cinq ou six jours.

Les cautérisations laryngées ou pharyngées avec ce médicament n'ont été suivies ni de toux, ni de vomissement, ni de dysphagie. Les conclusions de M. Ehrmann méritent d'être contrôlées et ce caustique d'être essayé. S. R.

Tubage nasal, par M. H. Goodvillie. — Ce traitement consiste à introduire dans la narine un tube de métal ou plutôt de caoutchouc. Ce tube ne gêne en rien la respiration peut facilement se mettre ou s'enlever, et n'est point apparent. La partie antérieure, ou le respirateur, reçoit une éponge destinée à filtrer l'air ou à contenir la substance médicamenteuse. (*N. Y. Med. Journal*, 17 mai 1890.)

Le tubage nasal ne sert qu'au traitement local ou au traitement général, par les substances qu'on peut faire absorber ainsi. Il agit, par exemple, comme compresseur dans l'hémorragie nasale et dans l'hypertrophie de la muqueuse ; comme attelle dans les fractures du nez ; comme dilatateur après les opéra-

Digitized by Google

tions diverses. L'antisepsie est maintenue par des instillations d'eau oxygénée. Pour faciliter son introduction on se sert d'une préparation qui diminue la susceptibilité de la muqueuse comme la suivante.

Vaseline blanche.....	30 grammes.
Acide borique.....	4 grammes.
Menthol ou cocaïne.	0.34 centigr.

H. G.

MÉDECINE

Diagnostic et caractères cliniques de la bronchite spasmodique, par M. A. Delaye. — Cette affection, dont notre confrère M. Delaye (du Bouscat), rapporte d'intéressantes observations. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 25 mai et 1er juin 1890), peut être confondue avec la coqueluche.

Cependant, voici les symptômes qui l'en distinguent :

La bronchite spasmodique débute assez brusquement, elle n'a pas de prodromes bien nets. Elle n'est pas contagieuse, à moins toutefois qu'elle ne survienne dans le cours de la grippe, mais c'est surtout cette dernière qui se reproduit.

Ses causes sont l'évolution dentaire, les crises éclamptiques, la diathèse vermineuse, la rougeole, la grippe. Sa durée est courte, quinze à vingt jours ; elle cède facilement à l'emploi de simples antispasmodiques.

Ses symptômes : quintes successives de toux terminées par une unique inspiration, à peine sifflante. Pas de reprise ; très peu de suffocation. Quelquefois rejet d'aliments après les quintes. La face ne devient pas rouge, pas d'épistaxis Si elle survient pendant la grippe, l'état catarrhal prédomine, l'expuition est muco-purulente et non filante ; le nez et les yeux coulent abondamment. Pas de complications.

Inutile de l'ajouter, cette bronchite est justiciable des médicaments nervins : bromures alcalins, chloral et belladone.

S. R.

Etiologie du cancer secondaire de l'estomac, par M. J. Ely. — L'auteur rapporte une observation de cancer primitif du testicule, avec localisations cancéreuses secondaires sur les poumons, l'estomac et la faulx du cerveau. (*The American Journal, of The Med. Sciences*, juin 1890, p. 584.)

A ce propos, il passe en revue les travaux d'autres cliniciens et conclut que le cancer secondaire de l'estomac se produit par l'un des deux mécanismes suivants :

1° Par l'implantation directe de la matière cancéreuse, traversant l'œsophage et provenant d'un foyer cancéreux, situé sur les premières voies digestives ;

2° Par le transport de cette même matière par le sang.

Les lymphatiques, ajoutent-ils, sont très rarement la voie de transport de l'infection cancereuse. S. R.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la chorée

par M. le Dr d'Heilly

Médecin de l'hôpital des Enfants Malades

Parmi les médications nombreuses et souvent contradictoires que l'on a opposées à la chorée, il n'y en a pas qui agissent coup sûr et qui donne des résultats assez décisifs pour s'imposer ; il n'existe pas de médication spécifique de la chorée. Nous verrons toutefois que sa thérapeutique a fait récemment un sérieux progrès par l'emploi de l'antipyrine.

L'esprit ne se résigne qu'à regret à faire de la médecine empirique, et, pour étayer des indications rationnelles, il a volontiers recours aux idées doctrinales, aux théories et aux hypothèses. Ici, par malheur, les indications causales font défaut ; ce que l'on sait de plus précis sur l'étiologie de la chorée, ce sont ses rapports avec le rhumatisme. Pour n'avoir pas l'importance que leur attribuent Roger et Sée, ces connexions n'en sont pas moins très réelles. Il est impossible d'admettre, comme on l'a prétendu, que le rhumatisme ne soit pas lié à la chorée d'une façon plus étroite que la fièvre typhoïde par exemple, et qu'il n'agisse comme celle-ci, pour amener la chorée, que par l'anémie qu'il entraîne.

Mais alors même que la filiation rhumatismale d'un cas de chorée est nettement établie, cette donnée est stérile ; on ne tire rien contre elle des médicaments qui triomphent du rhumatisme. Le salicylate de soude, qui fait merveille contre les accidents articulaires, est impuissant dans les manifestations abarticulaires ; il échoue aussi bien en présence de la danse de Saint-Guy, dans laquelle Sée l'a essayé en vain, que de l'endocardite rhumatismale.

En dehors de la genèse rhumatismale qui, nous le voyons, n'est d'aucun secours, et ne peut d'ailleurs être invoquée que dans un tiers des cas environ, on n'a plus sur l'étiologie que des données très vagues. Ce qui paraît le plus probable, c'est que la chorée est un simple trouble dynamique du système nerveux, une névrose. On relève en effet souvent, dans les antécédents personnels des malades, un état nerveux plus ou moins bien défini ; ils ont eu autrefois des convulsions, la chorée a débuté après une frayeur ou un violent ébranlement nerveux. Dans leur hérédité on trouve l'épilepsie, l'hystérie, l'aliénation mentale. Dans sa thèse sur le traitement de la chorée, Texier insiste sur la fréquence de la tuberculose chez les ascendants des choréïques, et considère ceux-ci comme des dégénérés.

Joffroy, restreignant au minimum l'influence du rhumatisme, définit la chorée par la formule un peu nuageuse de « névrose cérébro-spinale d'évolution ». Pour lui, c'est une maladie de croissance qui est au système nerveux ce que la chlorose est au système circulatoire. Comparaison n'est pas raison, et ces données pathogéniques assez peu précises, ne permettant pas de serrer de près l'indication causale, laissent le thérapeute fort perplexe.

Malgré quelques succès, l'emploi de la strychnine ne sera jamais qu'une médication d'exception ; il exige une attention constante, et la moindre lacune dans la surveillance expose à de graves accidents. Bouchut a vu, à l'hôpital des Enfants, une fille de treize ans mourir dans le tétanos, dès la deuxième cuillerée d'un sirop dosé selon les règles.

Turnbull a employé le sulfate d'aniline qui est passible des mêmes reproches.

(*A suivre.*)

REVUE DES LIVRES

Traité de médecine légale militaire, par le Dr Em. Duponchel, médecin major de 1re classe, professeur agrégé à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaire. (O. Doin, Paris, 1890.)

Aux connaissances exigées du médecin praticien, de l'hygié-

Digitized by Google

niste, et, depuis l'autonomie du corps de santé, de l'administrateur, le médecin militaire doit ajouter les qualités de l'expert en médecine légale. Les devoirs qui lui incombent, à ce point de vue, sont multiples, car, en toute circonstance, le médecin d'armée est tenu d'envisager parallèlement et les nécessités de la discipline et les intérêts de l'individu qui doit à la société tout ce qu'il a de force et d'intelligence. Sa tâche est très ingrate, parce que la moindre erreur, même supposée, lui sera sévèrement reprochée, et cependant il lui sera rarement tenu compte de sa sagacité. S'il incline à trop ménager les hommes, l'autorité militaire le taxera de faiblesse, d'impéritie, et aura pour lui peu de ménagements ; si, par erreur, il refuse d'exempter de service un homme signalé comme malade, l'opinion publique, exagérant les faits, l'accusera d'ignorance et sollicitera souvent contre lui les peines les plus sévères.

Pénétré de l'importance des fonctions de l'expert médical de l'armée, M. le médecin major Duponchel, professeur agrégé au Val-de-Grâce, a voulu condenser en un volume tous les renseignements susceptibles de faciliter sa tâche au médecin militaire. Son livre est un véritable code à l'usage de tous nos confrères qui appartiennent à l'armée à n'importe quel titre.

Si la première qualité d'un ouvrage de ce genre est la clarté, — il faut avant tout que l'intéressé trouve rapidement le renseignement qui doit régler sa conduite, — la deuxième est, sans contredit, une connaissance approfondie du sujet que peuvent seuls donner une pratique prolongée et un savoir étendu. Il est aisé de s'assurer que l'ouvrage dont nous nous occupons remplit les conditions requises.

Ce travail comprend sept subdivisions. Dans les quatre premiers livres sont exposées les expertises médicales relatives : 1° aux entrées ; 2° aux sorties de l'armée ; 3° aux militaires malades ; 4° aux militaires punis. Deux autres chapitres ont trait : 5° aux maladies dissimulées et méconnues ; 6° aux maladies simulées. Un 7° et dernier chapitre résume succinctement les questions de déontologie médicale intéressant le praticien militaire.

Pas de recherches pénibles, nul embarras pour l'expert en quête d'un renseignement. Dans chacune de ces grandes divisions, il trouvera à côté des formules réglementaires tous les détails précis, indispensables qui pourront guider sa conduite.

Les derniers chapitres ayant trait aux maladies simulées ou dissimulées et à la déontologie médicale sont ceux où l'auteur a pu surtout imprimer sa marque personnelle.

M. Duponchel s'efforce de faire ressortir l'importance des maladies exagérées. Il est très rare, en effet, que le soldat simule de toutes pièces une maladie ; il sent bien que le piège tendu au médecin est trop grossier et ne réussit qu'à le perdre ; mais il cherche surtout à exploiter une maladie légère, une infirmité compatible avec le service. Si le médecin déjoue ses calculs, l'exagérateur sait qu'il pourra toujours exciper de sa bonne foi, et qu'en tout état de cause il ne court que peu de risques disciplinaires.

D'un autre côté, grâce aux connaissances nouvelles que nous devons surtout à l'illustre maître de l'école de la Salpêtrière, grâce aussi à des travaux personnels antérieurs, M. Duponchel a su nous convaincre de l'importance de l'hystérie dans la classe des maladies simulées et méconnues. Que d'erreurs commises involontairement par nos devanciers, que d'hystériques victimes de cette ignorance !

Mais ce qu'il faut, par contre, bien établir, c'est que l'hystérie légère n'est pas une cause de réforme ; c'est pour cette catégorie de malades, et dans les formes graves seulement, qu'il serait nécessaire de ne prononcer que des réformes temporaires : réformes qu'il serait sage de mettre en vigueur dans notre armée. En cela, nous nous associons entièrement aux vœux formulés par M. Duponchel.

Un livre de ce genre ne peut s'analyser d'une façon sommaire ; la matière en est si compacte, que l'auteur lui-même a dû s'imposer comme règle une extrême concision ; malgré cette difficulté, le style reste toujours clair et élégant. Ce sont là des qualités qui permettent de prédire à l'ouvrage un légitime succès.

Dr Antony,
Professeur agrégé à l'Ecole de médecine du Val-de-Grâce.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE BERLIN

Les médecins français doivent-ils et peuvent-ils aller au Congrès de Berlin ?

J'ai été le premier dans la presse médicale (1) à poser et à résoudre dans un sens affirmatif la question de savoir si les médecins français devaient et pouvaient prendre part au Congrès international de Berlin.

Je n'ai pas changé d'opinion... en principe ; la preuve, c'est que je me suis fait inscrire parmi les adhérents à ce Congrès. Et cependant, je n'irai pas à Berlin.

Les questions nettement posées sont bien près d'être résolues. Les voici :

1° *Devons-nous* adhérer à un Congrès international, même s'il siège à Berlin ?

Je réponds : oui.

2° *Pouvons-nous* aller à Berlin ?

Hier, je disais : oui. — Aujourd'hui, je réponds : non.

D'un jour à l'autre, la situation s'est modifiée :

Je répondais affirmativement le 23 janvier, parce que j'ignorais alors le nom du Président du comité d'organisation de ce Congrès. Je réponds négativement aujourd'hui pour la raison suivante : on a nommé président, R. Virchow, le même homme qui a prononcé, en 1871, certaines paroles que je crois devoir rappeler (2) :

« Il y a longtemps — disait Virchow — lorsque je passai en » revue les épidémies de l'année 1848, j'appelai l'attention sur » ce fait que les Européens étaient arrivés à un état psychopa- » thique, j'ai remarqué que la maladie qui se produit chez » l'individu sous la forme d'un arrêt dans l'activité du cerveau » se rencontre quelquefois aussi dans une grande étendue » comme épidémie psychique. Un aliéniste distingué de l'Alle- » magne du Sud, Carl Stark, est arrivé à des considérations » analogues par l'étude des événements récents (*De la dégéné- » rescence psychique de la nation française, son caractère patho- » logique, ses symptômes et ses causes.* Stuttgard 1871). Il a » essayé de montrer, par une analyse *exacte* des phénomènes » isolés, que l'**état mental de la nation française se rap- » proche en grand de l'idiotie paralytique ou de la folie » raisonnante.** »

Il y a deux hommes dans R. Virchow : l'homme politique dont nous n'avons à juger ni les actes, ni les paroles ; l'homme scientifique qui nous appartient. Or, c'est à ce dernier titre qu'il a eu le triste et facile courage de lancer ces insultes à la face d'une nation malheureuse, au lendemain de ses revers ! Pendant les hostilités, alors que les passions sont surexcitées, on peut encore comprendre certaines folies de langage. Mais, quel nom donner à l'acte de ce savant, qui déverse l'outrage sur son ennemi à terre ?...

(1) Voir la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, n° 4, du 23 janvier 1890, p. 55.

(2) Ce passage a déjà été reproduit par notre journal (voir le n° 24, du 11 juin 1890, page 390).

Digitized by Google

Ces paroles odieuses, R. Virchow a-t-il eu assez le respect de lui-même pour les désavouer? Non.

Je me demande alors quelle attitude ceux qui ont à cœur l'amour et la dignité de la France pourront prendre en face du président du Congrès international? Dans ces nouvelles conditions, il n'y a plus qu'une seule attitude : le silence et l'abstention.

Il ne s'agit pas ici de chauvinisme qui n'est pas toujours le vrai patriotisme. Il s'agit d'une question de dignité humaine. Si nous voulons qu'on nous respecte, il faut nous respecter nous-mêmes; au nom de cette dignité, nous ne pouvons plus aller à Berlin.

Voici encore un dernier argument :

Vers la même époque (du 4 au 15 août 1890) auront lieu deux Congrès :

L'un est un Congrès national, *français* : il s'appelle *le Congrès pour l'avancement des sciences*, et il doit se tenir à Limoges;

L'autre est un Congrès international, *allemand* : il s'appelle le *Congrès de Virchow*.

Je ne sais pas ce que feront mes compatriotes, ou du moins je m'en doute un peu. Quant à moi, je n'assisterai pas au Congrès allemand.

J'irai au Congrès français.

HENRI HUCHARD.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MÉDECINE

Quelques formules pour l'emploi de la noix de kola. — Cette substance se prescrit en teinture, alcoolature, sirop, potion, vin, élixir, essence et extrait. Les préparations alcooliques, teinture, alcoolature, élixir et vin sont les plus riches en caféine et doivent de préférence s'administrer dans les maladies du cœur et des vaisseaux.

1° *Potion à la teinture de kola* (Hœckel). On l'administre en plusieurs prises dans les vingt-quatre heures, et on la prescrit ainsi :

Eau	50 grammes
Teinture alcoolique de kola au cinquième	10 grammes
Teinture de vanille	0,50 centigr.
Sirop simple	60 grammes

2° *Potion à l'extrait de kola*. Je l'ai ordonnée aux jeunes enfants atteints de diarrhée :

Extrait de kola	1 gramme
Sirop de coing	60 —

A faire ingérer dans les vingt-quatre heures.

3° *Potion stimulante à l'essence de kola*. Obtenue en traitant la poudre de kola torréfiée par déplacement et au moyen de l'eau, cette essence représente la moitié de son poids de kola. M. Monnet l'a employée en potion selon la formule suivante :

Essence de kola	40 grammes
Teinture de cannelle	5 —
Essence de menthe	11 gouttes
Julep gommeux	100 grammes

Cette potion était administrée dans les vingt quatre heures pour combattre l'adynamie, la torpeur dans les maladies chroniques et les longues convalescences.

4° *Pilules à l'extrait de kola*. Elles sont astringentes en raison de leur richesse en tanin.

Extrait de kola	5 grammes
Kola pulvérisé	q. s.

F. s. a. pour cinquante pilules. Dix à quinze dans les vingt-quatre heures.

5° *Vin de kola*. On peut l'ordonner ainsi :

Teinture de kola	50 à 100 grammes
Vin de Lunel ou de Malaga	950 ou 900 —

Dose quotidienne : 50 à 60 grammes.

On prépare aussi un *vin de kola par macération* dont la richesse en kola est moins élevée.

6° *Elixir de kola*. Cet élixir s'obtient par le mélange à parties égales d'alcoolature de kola et de sirop de sucre; toutefois, je le prescris souvent ainsi :

Teinture de kola	125 grammes
Elixir de Garus	275 —

Dose quotidienne : deux à quatre cuillerées à bouche.

M. Huchard en a fait usage contre le choléra et les diarrhées à titre de tonique.

DERMATOLOGIE

Un traitement de l'acné stomacale. — L'acné d'origine gastrique est l'une des plus fréquentes. Il faut pour la combattre : 1° calmer la susceptibilité de la muqueuse gastrique et supprimer en quelque sorte le réflexe gastrique; 2° agir localement.

On peut, à l'exemple de M. Besnier, formuler ainsi le traitement à observer.

1° Avant le repas : diminuer la sensibilité gastrique par l'ingestion de trois à quatre gouttes de laudanum, d'une pilule d'extrait thébaïque ou, comme j'en ai observé les bons effets, par vingt, trente ou quarante gouttes d'élixir parégorique.

2° Prévenir la constipation par l'usage de la magnésie à chaque repas ou d'une cuillerée à dessert d'huile de ricin tous les matins à jeun.

3° Badigeonner tous les soirs la face avec un pinceau imbibé d'une mixture soufrée que M. Besnier formule ainsi :

Soufre précipité	25 grammes
Glycérine	20 —
M. au mortier et ajoutez à.	
Alcool camphré	30 grammes

Dans les cas absolument rebelles, on remplace cette mixture par la pâte suivante préconisée par Lassar :

Craie blanche pulvérisée	1 gramme
Naphtol camphré	4 —
Soufre précipité	5 —
Savon vert	3 —
Vaseline	4 —

On laisse cette pâte en place pendant un quart d'heure seulement. On lave la région, on l'assèche et on saupoudre avec l'amidon finement pulvérisé.

CH. ELOY.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 juin 1890.

Présidence de M. le Dr NICAISE

De la cystopexie. — M. TERRIER fait un rapport sur un mémoire de M. TUFFIER sur la cure de la cystocèle vaginale. Le chirurgien relève la vessie et la fixe ensuite à la paroi abdominale, par une opération comparable à l'hystéropexie. Après de nombreuses expériences sur les chiens, M. Tuffier a fait sa première cystopexie le 15 mai 1889, sur une femme à laquelle il avait déjà pratiqué l'hystéropexie.

Digitized by Google

Voici le manuel opératoire. La vessie est dilatée au préalable par une injection d'eau boriquée tiède. Laparotomie, décollement du péritoine sur les parties latérales de la vessie. On vide celle-ci partiellement, tandis qu'un aide la soutient avec les doigts introduits dans le vagin. La vessie est alors attirée en haut et fixée à la paroi abdominale par quatre points de suture passés de chaque côté sur ses parties. La plaie abdominale est ensuite refermée par un second plan de sutures. Le tamponnement du vagin avec la gaze iodoformée maintient la vessie en place.

M. Tuffier a pratiqué cette opération avec un succès presque complet. Revue au mois d'octobre, la malade présentait un léger degré de prolapsus sur une des faces latérales de la vessie, à laquelle M. Tuffier remédia par une élytrorraphie. Depuis, le prolapsus ne s'est pas reproduit et la vessie est bien restée fixée à l'abdomen. Il a eu l'occasion de pratiquer une seconde fois cette opération, mais celle-ci est trop récente pour qu'il soit possible d'en faire connaître les résultats définitifs.

M. le Dr Dumoret a envoyé à la Société une observation d'hystéropexie, pratiqué suivant le procédé de M. Tuffier. Toutefois l'auteur s'était proposé de maintenir la vessie soulevée en rétrécissant le ligament de l'ouraque. Cette conception ne put être exécutée, à cause de la faiblesse de ce ligament, et l'opération fut conduite comme précédemment. Par malheur, le mal de contracta une broncho-pneumonie grippale à laquelle elle succomba. L'autopsie fit voir que la face antérieure de la vessie était soudée à la paroi abdominale.

M. Bouilly. — Nous avons mieux que la cystopexie pour remedier à la cystocèle. Cette opération méconnait entièrement le mécanisme des prolapsus qui se résume sous deux causes: 1° une mauvaise involution de la paroi vaginale après l'accouchement; 2° la faiblesse du plancher périnéo-vaginal. C'est à ces éléments qu'il faut s'adresser pour guérir la cystocèle, en pratiquant la kolporraphie antérieure et la périnéorraphie, opérations beaucoup plus simples que la cystopexie.

De l'inoculabilité du tétanos. — M. Reynier. — On sait que le tétanos a pu être inoculé; les tentatives faites en France sont restées jusqu'ici négatives, si l'on en excepte un seul cas dû à M. Nocart en 1887. M. Reynier apporte un second fait probant en faveur de l'inoculabilité et par suite de la contagion du tétanos. Il s'agit d'une femme de 26 ans, entrée à l'hôpital Tenon le 7 mai avec une gangrène des cinq orteils des deux pieds. D'une condition misérable, elle avait marché pendant plusieurs jours avec des chaussures déchirées, et on la trouva tombée dans un champ de la commune de Noisy-le Sec; c'est de là qu'elle fut apportée à Tenon. Dès son entrée, elle présenta des crises tétaniques dans les membres inférieurs, du trismus, de la dysphagie. Elle succomba le lendemain.

Du pus, provenant de l'un des orteils, fut inoculé à trois animaux, lapins et cobayes. On eut un résultat positif, un douteux et un négatif. M. Sanchez-Toledo a réussi à inoculer le tétanos sur un lapin et cinq souris; de plus il a retrouvé dans le pus le bacille caractéristique du tétanos, découvert par Nicolaieff.

M. Verneuil a montré dans ses publications que le tétanos était endémique dans la commune de Noisy-le-Sec. Il n'est pas douteux que cette malade s'est empoisonnée avec les germes tétaniques contenus dans la terre de cette commune.

Dr H. Marciguey.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 juin 1890

Présidence de M. le Dr Dumontpallier

Rougeole et bains froids. — M. Dieulafoy rapporte un nouveau cas de rougeole infectieuse dans lequel l'emploi des bains froids a été suivi du meilleur résultat. Une fillette de 10 ans, très robuste, présente le 18 mai dernier une roséole apyrétique, qui disparaît en deux jours. Les jours suivants, l'enfant se lève, mais ne quitte pas l'appartement. Le 20 mai, elle est prise de toux légère, de quelques râles dans la poitrine et d'un catarrhe oculaire et nasal. Le 23, l'état se modifie et présente une gravité exceptionnelle. On constate une nouvelle éruption dont le diagnostic n'est l'objet d'aucun doute, il s'agit d'une rougeole confluente. L'enfant est dans une agitation extrême, la température est brusquement montée à 40°, la respiration se fait au milieu de l'angoisse la plus vive; on compte 80 R. à la minute.

Le 24, l'anxiété respiratoire reste la même, on compte 80 R. et 145 P. Les urines sont presque supprimées, mais ne contiennent pas d'albumine. La langue est sèche. T. 40°. On constate quelques râles sibilants dans la poitrine. M. Dieulafoy conseille alors l'usage des bains froids répétés à 24°.

Trois bains sont successivement donnés toutes les 3 heures, d'une durée de 12 à 14 minutes, avec des affusions froides sur la tête. Aucune amélioration importante ne se produit, à l'exception d'un abaissement de cinq dixièmes de degré de la T. après chaque bain. Les râles augmentent dans la poitrine et se localisent à droite avec une finesse particulière. Un quatrième bain est donné le 25 mai, à 2 heures du matin; la température tombe à 39°; les urines sont rendues en abondance claires et limpides. R. 55. P. 125. A 5 heures du matin, nouveau bain, la température tombe à 38°. L'enfant dort d'un sommeil tranquille, les râles fins du côté droit ont disparu. Un sixième et dernier bain est administré à 2 heures. La température, montée à 39°, revient à 38°. Depuis lors, la maladie suivit une marche régulière et guérit sans aucune complication.

Le retour de la sécrétion urinaire a été le premier phénomène critique annonçant une détente dans les accidents. Le bain froid n'a pas aggravé les accidents pulmonaires; il les a fait disparaître: on peut donc en tirer des indications précaires pour le traitement de certaines pneumonies. Enfin, l'éruption n'a pas été contrariée par le bain. Dans les formes ataxo-adynamiques, le traitement par les bains froids est aussi bien applicable à la rougeole qu'à la scarlatine et à la fièvre typhoïde.

M. Huchard. — On constate quelquefois, au début de la rougeole, des accidents congestifs à apparence grave qui guérissent par une médication relativement simple. En 1887, il était appelé auprès d'un enfant de 6 ans, au début d'une rougeole, qui venait d'être pris d'une dyspnée très vive, avec nombreux râles fins dans la poitrine. M. Millard fut appelé en consultation et ne porta pas un pronostic grave. On prescrivit l'usage de l'ipécacuanha; l'enfant guérit très rapidement.

M. Huchard a vu récemment un enfant atteint de rougeole qui présenta une double éruption. La première fut considérée comme une roséole simple par M. André Petit et disparut en quelques heures. Quatre jours après, l'enfant présenta une nouvelle éruption offrant tous les caractères d'une rougeole franche, qui guérit sans complication.

M. Rendu traite systématiquement les scarlatines de son service par les bains froids, même pendant l'éruption et quelle que soit leur forme. Il n'a jamais eu d'accidents. Dans trois cas de pneumonie franche, il a obtenu de bons effets par l'emploi de cette méthode, la défervescence lui a paru survenir plus rapidement.

M. Anthony. — Dans les pays chauds, où les pneumonies sont presque toujours mortelles, il a employé la glace en applications sur le côté malade de la poitrine; sur 4 cas, il a obtenu 4 guérisons.

M. Sevestre a employé les bains tièdes de 30 à 32° dans la rougeole et en a obtenu de bons résultats; ils ont une action très manifeste sur le rétablissement de la sécrétion urinaire.

M. Cadet de Gassicourt. — Les bains tièdes sont impuis-

Digitized by Google

sants à combattre les accidents ataxo-adynamiques, il faut recourir aux bains froids.

Action tonique de la caféine. — M. Henri Huchard. — Au sujet de l'emploi des bains froids dans les rougeoles malignes j'ai rappelé à la Société que j'avais cité, il y a quelques années, le fait d'une rougeole dont les accidents graves avaient été promptement amendés par des injections hypodermiques répétées de caféine. L'application de cette méthode aux états adynamiques est de date déjà ancienne et, dès 1871, je disais que la caféine « agit sur la fibre cardiaque au même titre que l'électricité sur un muscle paralysé ».

Vers cette époque et quelques années avant, de 1863 à 1866 et 1876, les auteurs n'avaient en vue que l'action cardiaque et diurétique de la caféine, et celle-ci n'était prescrite qu'à des doses insuffisantes. J'en ai fixé la posologie.

J'ai démontré et utilisé pour la première fois l'action tonique et excitante de la caféine, action sur laquelle j'ai maintes fois insisté et que je veux démontrer une fois de plus aujourd'hui.

J'ai obtenu des effets remarquables et parfois extraordinaires par l'emploi des injections de caféine dans les fièvres typhoïdes les plus graves, dans certaines rougeoles malignes, dans les pneumonies graves des malades et des débilités, et aussi dans le diabète, en résumé dans tous les états adynamiques En un mot, la caféine agit triplement, comme tonique général, comme tonique cardiaque et comme tonique diurétique ; de plus, il est bien certain qu'elle doit la plupart de ses succès à son action *musculaire*, entrevue et démontrée dès 1867 par Gentilhomme (de Reims) et par Méplain.

Chez les diabétiques, toujours en imminence de fatigue et de surmenage, comme je l'ai démontré, l'action musculaire de la caféine trouve d'heureuses applications, surtout contre les accidents graves provoqués par l'intoxication acétonémique.

Cette action remarquable de la caféine sur tous les états adynamiques, action sur laquelle j'insiste sans cesse depuis huit ans, doit être prise en très sérieuse considération. Elle a pour corollaire son utilisation contre la fatigue.

M. Desnos. — Je ferai deux objections à cette méthode thérapeutique : ces injections sont douloureuses et déterminent souvent des abcès. Cette dernière objection est très sérieuse, puisque M. Huchard nous parle d'un fait où il a pratiqué cent injections dans l'espace d'un mois.

M. Henri Huchard. — Ces injections sont bien moins douloureuses que celles d'éther, et elles le sont d'autant moins que l'on fait pénétrer plus profondément le liquide dans l'hypoderme. Depuis plus de huit ans que je pratique ces injections, souvent à la dose de sept ou huit par jour, je n'ai jamais eu que deux ou trois abcès. Par conséquent, ces deux objections tombent d'elles-mêmes (1).

Dr H. Marciguey.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

[*Séance du 24 juin 1890*

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

M. Martin lit un rapport sur les remèdes secrets.

M. Cornil lit un rapport sur un travail de M. Babès : terminaison des nerfs dans les muscles.

M. Guéniot lit un rapport sur une malade présentée récemment à l'Académie par M. le Dr Thévard et qui avait été atteinte d'une rupture utérine et opérée avec succès. M. Thévard avait pensé avoir eu affaire à un arrachement de l'utérus détaché de ses attaches vaginales.

M. Duplouy (de Rochefort) lit une note sur la *hernie ombilicale étranglée*. Il affirme que la kélotomie s'impose pour cette hernie comme pour les autres et qu'on doit en tenter la cure radicale, quel que soit le volume de la tumeur.

M. Lagneau lit un mémoire sur la *dépopulation de la France*.

Mécanisme et prophylaxie des accidents du chloroforme. — M. F. Franck s'occupe d'abord des accidents initiaux, ceux qui ont pour cause l'irritation des nerfs naso-laryngés par le contact des vapeurs irritantes du chloroforme. Les troubles sont causés par l'arrêt prolongé du cœur et celui de la respiration. Si on sectionne le trijumeau avant la chloroformisation, ils ne se produisent pas. Dans les troubles respiratoires réflexes, la plupart des accidents sont d'ordre spasmodique. On observe, en effet, la contracture spasmodique du larynx, des bronches et des vaisseaux pulmonaires. Le résultat est la suffocation. Dans certaines conditions, les premières inhalations produisent une vraie sidération respiratoire. Celle-ci est rare, si on prend certaines précautions.

Les troubles circulatoires réflexes ont une grande importance. L'irritation naso-laryngée, causée par les vapeurs chloroformiques, produit toujours un spasme des vaisseaux périphériques et profonds. Les artères de la tête sont le siège d'une vasodilatation prononcée. Celle-ci est bilatérale et superficielle aussi bien que profonde. Elle constitue un bénéfice plutôt qu'un danger. Le retentissement du chloroforme sur le cœur se caractérise par le ralentissement ou l'arrêt de cet organe. On constate, comme phénomène essentiel, le relâchement du myocarde.

Certaines conditions exagèrent les dangers du chloroforme ; le principal est la brusquerie de l'impression de ce liquide sur les nerfs naso-laryngés. Aussi faut-il, au début, tenir l'appareil à inhalation loin du visage et ne le rapprocher que graduellement. A égalité d'irritation périphérique, le danger sera plus redoutable chez les individus anémiés, alcooliques ou impressionnables.

L'altération du myocarde est aussi une condition qui favorise les accidents. Avec les cardiaques le cœur résiste moins bien à une tension sanguinée plus élevée. Dans l'insuffisance aortique légère et récente chez les animaux, les accidents ne sont pas plus à redouter que dans les cas ordinaires. Dans l'insuffisance aortique prononcée, même récente, on peut observer des accidents d'inhibition définitive. Si, en outre, le myocarde est altéré, les troubles cardiaques peuvent être rapides et irréparables. Dans l'insuffisance mitrale récente, sans myocardite, il n'a pas plus de danger que chez les animaux sains. Dans l'insuffisance tricuspidienne, il se produit des accidents sérieux résultant plutôt de perturbations respiratoires que de l'atteinte subie par le cœur.

Sur les animaux chez lesquels on a produit une pleurésie avec épanchement purulent, les premières inhalations sont suivies d'une suffocation mortelle. Dans la broncho-pneumonie, on n'observe pas d'accidents spéciaux. Dans la pneumonie massive, les premières inhalations sont mortelles.

Pour diminuer les accidents du chloroforme, il faut : 1° *atténuer la sensibilité périphérique* en cocainisant le nez, en pulvérisant dans le pharynx une solution de cocaïne et en donnant le chloroforme mélangé à un volume d'air suffisant ; 2° *diminuer l'excitabilité nerveuse centrale*. On a conseillé les injections de morphine. Elles ont un grand défaut. Elles affaiblissent la respiration et produisent la mort chez les animaux. De plus, si la chloroformisation dure longtemps, la chaleur animale diminue ; 3° *diminuer l'activité des nerfs d'arrêt du cœur*. On a conseillé l'atropine. On en retire un bénéfice, mais à la condition expresse d'employer de très fortes doses, ce qu'on ne peut faire chez l'homme. On a aussi vanté les injections d'atropine et de morphine. Elles semblent avoir donné de bons résultats,

(1) Nous avons publié à diverses reprises, en 1889 et en 1890, dans ce journal, les formules des injections de caféine.

Digitized by Google

mais, aux doses employées chez l'homme, l'atropine ne peut agir sur les nerfs du cœur et on peut observer, malgré son emploi, tous les accidents respiratoires réflexes.

En résumé, pour M. Franck, il n'y a que deux moyens de prophylaxie des accidents initiaux de chloroforme : la cocaïsation du pharynx du sujet et l'emploi d'un mélange convenable de chloroforme et d'air.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Questions du jour. — Le choléra espagnol. — Les douanes sanitaires. — La loi de 1822. — Un ministre soucieux de la santé publique.

Tout au choléra : c'est le cri de la semaine. Il faut l'écouter et remettre à un autre jour la question inopportunément soulevée par le syndicat de la presse médicale à propos de la participation des médecins français au Congrès de médecine de Berlin et les multiples problèmes universitaires, pour le moment en discussion : organisation de l'Université parisienne, baccalauréat spécial aux médecins, permanence de l'agrégation, suppression des chaires qui, dans nos Facultés de médecine, ne sont point médicales, et création à Paris de l'enseignement officiel de la Clinique thérapeutique.

Problèmes, questions et même rébus! Quel encombrement à l'ordre du jour! Nous y reviendrons : à chaque jour son œuvre; tout au choléra; soyons au choléra.

Cela nous est aisé par les renseignements des correspondants au *Journal des praticiens*.

« La lumière, nous écrit l'un d'eux, commence à se faire sur le début de cette explosion épidémique. Le premier cas aurait été observé à Valence, en mai; et les deux premiers cholériques de Rugat ont été une femme et son enfant, tous deux venus de Valence. On a invoqué l'insalubrité de Rugat et des environs! Soit! Mais à côté de ces causes locales, il faut tenir compte de ces faits qui indiquent la marche et la propagation, d'ailleurs fort classiques de l'épidémie.

» De même, Albeida, chef-lieu du district de ce nom, distant de douze kilomètres de Puebla, fut contaminée par une femme qui avait quitté cette ville, vingt quatre heures auparavant.

» Même propagation de la maladie à Montecichelvo, Corcagente et autres localités situées au-dessous de Puebla, sur les rives de la Jucar, de l'Albeida et de la Serpis.

» La contamination de Corcagente, sur la ligne ferrée de Valence à Madrid et Alicante par Albacete, donne raison de la propagation du choléra dans les villages traversés par cette ligne et la fait redouter, au nord de Valence, le long du chemin de fer qui se dirige sur Barcelone ».

On le voit, pour être espagnol, ce choléra semble tout à fait « classique ». On ne saurait donc trop applaudir à l'énergie des mesures prophylactiques dont l'initiative hardie et prompte appartient au ministre de l'intérieur, M. Constans.

D'urgence, et sans attendre les résolutions ou plutôt les discussions des corps scientifiques délibérants, il a, de concert avec MM. Monod, directeur des Services sanitaires, établi, des *douanes sanitaires* à Hendaye et à Cerbère. De plus, fait nouveau dans les annales administratives, il entend exécuter la loi trop oubliée de 1822.

Moins de parlementarisme dans les comités; des actes prompts et décisifs; c'était là, il y a longtemps qu'on le pensait, le moyen de repousser, ou tout au moins de retarder l'invasion des épidémies.

M. Constans, en ordonnant et M. Monod en préparant ces mesures, viennent de le prouver. C'est aussi le moyen de démontrer l'inutilité de créer ce ministère fameux et spécial dont on menace, de temps en temps la Santé publique et le budget.

A quelque chose, malheur est bon, même le choléra espagnol.

Ch. Eloy.

NOUVELLES SANITAIRES

FRANCE

France, — **Les mesures contre l'invasion cholérique.** — Le ministre de l'intérieur, avec une décision dont la promptitude l'honore, a pris les mesures suivantes à l'égard des voyageurs ou des marchandises venant de l'Espagne.

A la frontière de terre. Etablissement à Cerbère et à Hendaye point de jonction des chemins de fer espagnols et français, de stations sanitaire, avec étuves à désinfection, et personnel médical. Tout voyageur venant d'Espagne est visité et retenu en observation s'il y a lieu. Les hardes et bagages sont désinfectés par la vapeur sous pression.

Tout voyageur doit donner le nom de la localité où il se rend, et, par carte postale, le maire de cette localité est averti de le faire surveiller.

Postes sanitaires éventuels : sur les routes de terre à Bourg-Madame et Port-Louis (Pyrénées-Orientales), Gabas et Béhobie (Basses-Pyrénées) et enfin, s'il y a lieu, tous les cols, ports ou passages des montagnes.

Dans les ports de mer. Mesures quarantainaires en usage vis-à-vis des équipages et passagers ou à l'égard des marchandises venant du littoral péninsulaire espagnol.

ÉTRANGER

Espagne. — **Epidémie cholérique de 1890.** — Depuis huit jours l'épidémie s'est étendue le long des voies de communications et, malgré des mesures sanitaires adoptées par le Conseil supérieur d'hygiène de Madrid, et qui consistent : 1° dans un cordon militaire d'isolement autour des localités infectées ; 2° dans la désinfection des maisons et des villages contaminés.

En manière de document, voici une statistique officielle et conséquemment très approximative de la marche de l'épidémie du 17 au 24 juin courant : Valence, 3 cas et 2 décès ; Rugat, 11 cas nouveaux et 3 décès ; Castellot, 2 cas ; Montichelvo, 2 cas; Carcagente, 5 cas et 1 décès ; Guandia, 2 cas et 1 décès.

De plus on signale des cas à Lagos et Moratella.

INFORMATIONS

ÉTRANGER

Allemagne. — **Statistique du corps universitaire.** — Pendant le dernier semestre scolaire, on comptait : 2,134 professeurs, dont 1,026 professeurs ordinaires, 270 extraordinaires, 60 honoraires, 643 privatdocenten et 136 répétiteurs.

A ce corps enseignant correspondait un total de 29,007 étudiants immatriculés dans les diverses Facultés.

Angleterre. — **Congrès de l'Association médicale britannique en 1890.** — Cette réunion aura lieu du 29 juillet au 1er août, à Birmingham, sous la présidence de MM. Wheelhouse, Willougby, Wade et Thomas Brigdwater.

Ordre du jour des sections. — Médecine et thérapeutique. Questions : 1° troubles fonctionnels du cœur ; 2° variétés de la cirrhose hépatique.

Digitized by Google

(Chirurgie.) 1° Chirurgie des gros troncs artériels; 2° traitement de l'occlusion intestinale aiguë par étranglement interne.

(Obstétrique.) 1° Des méthodes modernes de conduire un accouchement; 2° la gonorrhée comme cause d'inflammations des organes du petit bassin; 3° de la laparatomie et de la craniotomie.

(Médecine publique.) 1° De la prévention de la pollution des rivières; 2° de la prophylaxie de la rage; 3° de l'empoisonnement des eaux par le plomb; 4° de la désinfection des hôpitaux de varioleux.

(Maladies des enfants.) 1° Traitement de l'adénite; 2° de la cure radicale des hernies chez les enfants.

(Laryngologie et rhinologie.) 1°. Traitement des affections tuberculeuses du larynx; 2° étiologie et traitement des déviations de la cloison du nez.

(Otologie.) 1° Des rapports de la surdité avec les maladies des fosses nasales; 2° de l'étiologie du tintement d'oreilles.

(Dermatologie.) 1° De l'alopécie areata; 2° des rashs post-vaccinaux; 3° traitement de l'eczéma.

Brésil. — **La médecine publique au Brésil.** — Le service de la santé publique vient d'être réorganisé. Un comité central d'hygiène a été établi à Rio-de-Janeiro avec mission de contrôler les autorités sanitaires de chaque province, les administrations chargées de la santé publique, de surveiller l'exercice de la médecine et de la pharmacie; enfin, de rédiger une pharmacopée brésilienne.

Italie. — **Épidémie de Bergame.** — Depuis quelques semaines, une affection analogue aux oreillons fait de nombreuses victimes dans la Haute-Italie et surtout à Martinengo et aux environs. Une commission médicale a été envoyée à Bergame pour étudier cette épidémie, mais, dans son rapport, n'a pu en déterminer la nature exactement.

L'influenza de l'espèce chevaline. — Cette épizootie sévit dans Milan et dans les environs et est caractérisée par des symptômes analogues à ceux de la dernière épidémie sur l'homme.

NOUVELLES MILITAIRES

Nominations dans le corps de santé militaire. — (Armée territoriale). — *Au grade de médecin principal de 2e classe* : M. Biebrigck.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe : MM. Bonnet, Jousset, Aron, Froidure, Benard, Kéraval et Stackler.

Nominations dans le corps de santé de la marine. — (Activité). — *A l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe* : M. Huot.

(Réserve). — *Au grade de médecin de 1re classe* : M. Perinel.

VARIÉTÉS

Inoculation de la fièvre intermittente à l'homme. — Les Italiens ne reculent devant aucune expérience. Ils sont comme les expérimentateurs allemands. Est-ce un effet de la triple alliance?

MM. Antonelli et Angelini ont injecté dans les veines de deux malades le contenu d'une seringue du sang d'un individu atteint de fièvre tierce. Dix jours après, ces malades accusèrent les symptômes de la fièvre intermittente. On trouva dans leur sang les parasites du paludisme. Même succès en inoculant à un individu le sang d'un malade atteint de fièvre quarte.

La strychninomanie. — Après la morphinomanie et la cocainomanie, voici la strychninomanie. Elle nous vient d'Amérique sous forme de bonbons à la strychnine, dont les *selected* du sexe féminin commencent à faire usage sous prétexte de combattre la fatigue, et en réalité pour se procurer une vive surexcitation. Il paraît que les *ladies* en font usage au théâtre et plus encore au sermon en manière de distraction contre l'ennui. Voilà donc pour les aliénistes une nouvelle maladie à décrire, et pour les romanciers une étude de mœurs à faire!

La circoncision est-elle une pratique sanitaire? Non, d'après M. C. Roberts (de Londres). C'est un sacrifice sanglant dont l'usage aurait été emprunté aux pratiques de l'Asie, et aurait la même origine que le culte du phallus. M. Roberts rappelle que la circoncision est pratiquée par d'autres races que la race juive, entre autres par certaines tribus africaines qui ne possèdent aucune notion et aucune idée d'hygiène. Voilà donc un problème à resoudre. Il est à l'usage des ethnologistes les deux mondes.

Les lépreux en Espagne | D'après M. Olavide, médecin de l'hôpital Saint-Jean de Dieu de Madrid, il existe dans cet établissement six à huit lits consacrés à recevoir les lépreux. Ceux-ci, ajoute-t-il, sont au nombre total de 1,000 à 1,500 en Espagne, et, pour la plupart ont contracté la maladie aux Philippines, aux îles Canaries ou à Cuba On les rencontre dans les provinces d'Almeria, de Murcie, de Grenade, de Galice et des Asturies. Dans les provinces basques la maladie est inconnue, même à Santander, ville dont on connait les relations commerciales avec l'Amerique et l'Océanie.

Cependant, il existe quelques foyers de lèpre dans les provinces essentiellement continentales de Jaen, de Cordoue et de Guadalajara. Ces lépreux sont des missionnaires ou des soldats. Il en attribue l'origine à la mauvaise nourriture, au séjour dans des villages contaminés et parfois à des rapports avec les femmes indigènes.

NÉCROLOGIE

M. PAUL LONDE

La *Revue générale de clinique et de thérapeutique* vient d'être cruellement éprouvée par la mort de M. Paul Londe qui a succombé, le 19 juin, à l'âge de 59 ans, à une courte maladie. M. Paul Londe était président du conseil d'administration de notre journal depuis sa fondation.

Homme de devoir et de dévouement, d'une droiture inflexible, d'une rectitude de jugement parfaite, il avait compris comme nous qu'un journal médical doit toujours rester scientifique, et il savait mettre en accord ses actes avec ses sentiments. Le *Journal des Praticiens* perd en lui un conseiller précieux et intègre; celui qui signe ces lignes perd un ami fidèle et sûr, et le Comité de rédaction tout entier se joint à moi et à tous nos lecteurs pour adresser à la compagne si dévouée de sa vie, ainsi qu'à son jeune fils l'expression de notre plus douloureuse et de notre plus vive sympathie.

Henri Huchard.

En Allemagne: M. le Dr E. Grüber, privatdocent de la Faculté de médecine de Munich.

En Hollande: M. le Dr van der Burg, professeur de toxicologie à la Faculté de Leyde.

Aux Etats-Unis: M. le Dr Byford, professeur de gynécologie au Rush médical de Chicago.

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE. N° 27 2 JUILLET 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THERAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

COMITÉ DE RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital de Bicêtre : M. le Dr CHARPENTIER.

De la palpation de l'abdomen et du thorax par l'amplexation

L'amplexation est un vieux procédé que nous n'avons vu employer, dans le cours de nos études, que par Chassaignac quand ce chirurgien recherchait la crépitation dans les fractures de côtes.

Ce procédé consiste, le malade étant debout, à se placer contre lui sur le côté du corps du sujet opposé à la région que l'on veut explorer, soit derrière lui si c'est le ventre qu'il s'agit de palper, et à embrasser le tronc du malade avec les bras, de manière à appliquer la force pulmonaire des mains sur la région abdominale du patient; on embrasse ainsi le tronc du malade, d'où le nom d'amplexation.

C'est un procédé auquel j'ai souvent recours lorsque la palpation de l'abdomen pratiquée sur le malade dans le décubitus dorsal ou même agenouillé sur ses mains ne me donne que des résultats douteux, à cause de l'accumulation de graisses, liquides ou gaz dans la cavité explorée, soit quand il s'agit d'examiner des organes profonds tels que les ganglions abdominaux, les reins ou la rate. Pratiquez une seule fois la palpation de l'abdomen par ce procédé et vous vous rendrez compte que les sensations perçues par vos mains sont plus nettes et aussi plus délicates que celles obtenues par les procédés ordinaires consistant à déprimer les parois abdominales dans le décubitus dorsal, soit par la dépression graduelle ou brusque opérée par les mains posées à plat, soit par l'extrémité des doigts recourbés ou non, isolés ou réunis, venant enfoncer ou percuter la paroi abdominale. Il suffit d'ailleurs d'exercer une pression sur un objet avec la pulpe des doigts mis d'abord en extension et ensuite placés en flexion pour apprécier la différence de netteté dans les sensations perçues.

Nous avons vainement cherché le pourquoi psychologique ou physique de cette différence dans la sensation ; la position des avant-bras en supination dans la palpation ordinaire, en pronation dans notre procédé, facilite-t-elle la sensation digitale? Toujours est-il que, par ce procédé, les notions de consistance, de résistance, d'élasticité, de fluctuation deviennent beaucoup plus sûres, et certaines tumeurs de l'abdomen ou de l'estomac inaccessibles par la palpation ordinaire et que nous ne pouvions que soupçonner par l'état général ou par l'état fonctionnel ont pu nous être révélées par l'amplexation ainsi pratiquée ; l'exploration du bord inférieur du foie et de l'extrémité gauche de cet organe donne dans ces conditions des renseignements qu'on ne penserait pas obtenir d'après la palpation ordinaire.

Ce procédé d'exploration nous a rendu de grands services dans les cas d'occlusion intestinale, et aussi dans des cas de tumeurs utérines ou ovariennes. On déprime avec les mains posées à plat plus brusquement et sur une plus grande surface les masses interposées entre l'organe exploré et la paroi abdominale, que dans les palpations ordinaires. Ainsi avons-nous pu constater des reins flottants qui avaient jusqu'alors échappé à nos investigations ; la résistance musculaire des parois abdominales est ainsi plus facile à vaincre, surtout si l'on fait infléchir le tronc vers le côté exploré. Il rend moins de services au fur et à mesure que l'on se rapproche du pli de l'aine ; il offre le seul inconvénient, bien léger, dû à ce qu'étant placé derrière le malade on ne peut observer sa physionomie et apprécier par suite si la palpation est douloureuse ou non.

Cette même amplexation donne aussi des renseignements tout particuliers, lorsqu'elle est appliquée à la région thoracique, comme supplément des recherches ordinaires, soit pour apprécier les chocs de la pointe ou des parois du cœur, certains frottements péricardiques, certains phénomènes symphysoires ; la région xyphoïdienne est aussi très bien explorée dans ces conditions, quand la douleur n'y fait point obstacle.

Enfin, les variétés dans les vibrations thoraciques sont aussi bien plus nettement perçues dans ces conditions, surtout quand ces différences, siégeant sur un même côté, n'obligent pas à changer le sens de l'amplexation.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement et prophylaxie de la pleurésie purulente

D'APRÈS LES TRAVAUX RÉCENTS(1)

Pleurésies purulentes à pneumocoques. Le plus grand nombre de ces pleurésies a été observé, tantôt à la suite d'une pneumonie, elles ont été alors décrites sous le nom de *pleurésies métapneumoniques*, tantôt primitivement, *à frigore* comme on dit habituellement. Or il faut bien avouer que le plus grand nombre de ces pleurésies dites primitives, quoique admises encore dans nos traités classiques, sont des plus discutables quant à leur origine. La majorité des médecins, et je suis de ceux-là, incline de plus en plus à ne voir dans la pleurésie qu'une lésion secondaire, consécutive à un état pathologique antérieur, de nature variable, siégeant, le plus souvent, dans le poumon : si on y regarde d'un peu près, il

(1) Suite et fin : voir n° 26, 25 juin 1890.

Digitized by Google

s'en faut que l'existence de la maladie pleurale primitive soit indiscutable. Il est probable que le premier acte de ces pleurésies *a frigore* a été une lésion pulmonaire minime, une sorte de pneumonie congestive, qui, sans aboutir à une hépatisation absolue, donne lieu à cet état subinflammatoire, décrit sous le nom de spléno-pneumonie. Dès lors la pathogénie de la pleurésie est des plus simples : le pus renferme des pneumocoques qui sont venus du poumon voisin, car si la séreuse est une cavité hermétiquement close, elle est cependant perméable aux micro-organismes, soit par voie lympathique, soit même par pénétration directe. La diapédèse joue vraisemblablement un grand rôle dans la propagation de ces agents virulents ; la poussée congestive, dont le poumon est le siège, suffit très probablement à faire pénétrer par effraction, à travers la séreuse viscérale, les microbes dont sont chargés les exsudats intra-alvéolaires. Il y a donc manifestement une corrélation à établir entre ces deux termes : pneumonie congestive initiale et pleurésie purulente. La plèvre a subi l'imprégnation de l'agent pneumonique pathogène, et la suppuration s'est produite presque d'emblée, parce que cet agent était virulent.

La pleurésie purulente à pneumocoques, est relativement bénigne ; elle est plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte, et l'observation a montré depuis longtemps que la guérison en était fréquente. Cette bénignité relative peut être attribuée aux propriétés biologiques du pneumocoque, qui ne jouit que d'une courte vitalité et meurt assez rapidement dans l'économie.

Si la maladie présente ce cachet de bénignité relative, est-il nécessaire pour la traiter de pratiquer l'ouverture du thorax ? Si l'on s'en rapporte à des faits assez nombreux, recueillis chez l'enfant, par Cadet de Gassicourt et Sevestre ; chez l'adulte, par Lancereaux, Troisier et Netter, on voit que la pleurésie à pneumocoques guérit par la simple évacuation du pus, c'est à dire par la thoracentèse pure et simple, répétée plusieurs fois si cela est nécessaire.

Ma heureusement, ces cas sont assez rares, car s'il n'est pas un médecin qui n'ait observé deux ou trois faits de pleurésies purulentes guéris par la thoracentèse, combien de cas n'ont-ils pas vus où l'empyème a été la seule et unique ressource thérapeutique. On pourra donc toujours, dans la pleurésie à pneumocoques, commencer par pratiquer une, deux ou trois ponctions au plus, mais si l'épanchement se reproduit rapidement, il n'y a pas d'hésitation possible, il faut pratiquer la thoracotomie. Lorsque l'épanchement est cloisonné, les indications sont un peu spéciales ; nous les étudierons un peu plus loin.

Chez l'enfant, l'évacuation du pus par la thoracentèse est presque toujours suffisante ; d'ailleurs, si l'on tarde quelque peu à intervenir, la maladie évolue souvent d'elle-même vers l'évacuation spontanée, sous forme de vomiques. Celles ci surviennent dans une moyenne de 25 à 26 pour cent. Cette fréquence est bien connue depuis longtemps ; aussi certains auteurs, comme Steiger, conseillent ils l'expectation pure et simple en pareille matière. Cette pratique doit être repoussée, car il ne faut pas oublier que les vomiques n'apparaissent guère qu'au bout de quatre ou cinq semaines, et durant ce laps de temps, la santé générale du malade peut s'altérer plus ou moins profondément.

Pleurésies à streptocoques. — Ce sont les pleurésies purulentes les plus habituelles chez l'adulte ; ce sont elles qu'on a généralement en vue dans la description classique de la pleurésie suppurée. Ici, le pronostic est plus sévère que dans le cas précédent, car le streptocoque jouit de propriétés virulentes bien autrement profondes que le pneumocoque ; on le rencontre dans la plupart des pyohémies ; dans l'érysipèle, le phlegmon diffus, le puerpérisme infectieux, les suppurations profondes à marche envahissante.

La pleurésie à streptocoques, comme la pleurésie purulente pneumococcique, est la conséquence d'une affection antérieure dont la localisation est variable. Sans doute, on a rapporté des cas où la maladie semblait primitive, mais il est probable que en pareille circonstance les recherches étiologiques n'ont point été poussées avec assez de rigueur. Quoi qu'il en soit, la porte d'entrée du streptocoque a été : les voies aériennes, le tube digestif, le conduit auditif, peut-même l'appareil génital. C'est ainsi qu'on a vu la pleurésie à streptocoques survenir après la grippe, notamment dans la dernière épidémie de 1889-1890, après la bronchopneumonie, le cancer et la gangrène du poumon. De même on l'a notée après un cancer de l'estomac, une angine suppurée, après une otite moyenne, ou dans l'infection puerpérale. On ne sera point surpris de rencontrer des origines si diverses à l'infection streptococcique, car on sait, en effet, que ces micro-organismes sont fréquents, même dans l'état de santé, dans la bouche, le pharynx et les fosses nasales, et que de là ils arrivent aisément dans l'arbre aérien.

Il est aisé de comprendre qu'il y a grand danger pour le malade à conserver longuement dans la plèvre, une quantité de liquide purulent streptococcique dont la virulence est si manifeste. La première indication à remplir est donc d'évacuer *promptement* et aussi *complètement* que possible la totalité du liquide épanché ; pour cela, la thoracentèse avec aspiration est insuffisante, et c'est à l'empyème, à la thoracotomie qu'il faut avoir recours d'emblée.

Je n'ai point à rappeler ici le manuel opératoire de la thoracotomie, on le trouvera décrit, avec tous les détails qu'il comporte, dans les traités de chirurgie ; je n'en veux rappeler ici que les points principaux.

Tout d'abord, il y a lieu de se préoccuper d'un élément important : la douleur causée par l'opération.

D'une façon générale les chirurgiens rejettent l'emploi des anesthésiques dans l'opération de l'empyème, je crois qu'ils ont raison, et, pour ma part, je n'y ai recours que si je ne puis faire autrement. Cependant, je crois qu'on a exagéré, en considérant l'usage du chloroforme comme dangereux ou inutile en pareille circonstance. Bon nombre de malades insistent pour qu'on les « endorme » et il n'est pas toujours aisé d'éluder leur demande ou celle de la famille. Trois fois en ville, deux fois à l'hôpital, j'ai dû donner du chloroforme aux malades avant de pratiquer la thoracotomie, et je n'ai observé aucun trouble appréciable ; dans une très intéressante observation de Rendu, on pratiqua également la chlorofor-

Digitized by Google

misation, et l'opération ne fut troublée par aucun incident. Je ne recommande pas le chloroforme en pareil cas, mais je ne le crois pas non plus contre-indiqué d'une façon formelle. Quoi qu'il en soit, on pourra, dans d'autres circonstances, essayer d'anesthésier localement la région où l'on va opérer, par le stypage avec des tampons d'ouate garnis de bourre de soie à la périphérie, ou plus simplement de tampons d'ouate simple, imbibés de chlorure de méthyle liquéfié. On pourra encore dans le même but, pratiquer une injection sous-cutanée de chlorhydrate de cocaïne à 1/20, on injecte une demi-seringue de Pavaz au niveau de l'espace intercostal, dans l'endroit où on va pratiquer l'incision, puis une demi-seringue de la même solution, à l'endroit où l'incision sera arrêtée, le malade a reçu ainsi 0,05 centigr. de médicament actif, et l'anesthésie est à la rigueur suffisante pour que la douleur soit à peu près nulle.

On choisit, en général, le huitième espace intercostal, et on commence l'incision, en arrière, à trois travers de doigt des apophyses épineuses. L'incision qui est pratiquée couche par couche, doit avoir 0,05 à 0,06 centim. de long, et on laisse s'écouler le pus largement. Mais, la thoracotomie simple n'est pas suffisante, car les agents virulents n'existent pas seulement dans la masse de l'épanchement, mais ils infiltrent encore les parois de la cavité pleurale, et les streptocoques placés à ce niveau, sont, sans contredit, les plus virulents. La seconde indication consiste donc, une fois le thorax ouvert, à détruire les germes qui tapissent la plèvre, par l'emploi d'antiseptiques énergiques, mis en contact avec la surface pleurale tout entière. Mais quel est le meilleur antiseptique à faire usage en pareil cas? On a employé avec succès une solution concentrée d'acide borique, le chlorure de zinc à 1/100, le chloral, en solution au centième. Le plus souvent on a recours à une solution de sublimé au millième ou au deux millième; plus récemment Bouchard a préconisé l'emploi de l'eau naphtolée et a proposé la formule suivante :

Naphtol B.....	5 grammes.
Alcool à 90°.....	33 —
Eau filtrée, distillée et bouillie.....	q. s. pour faire 100 centim. c. de sol.

Cependant, en raison de sa toxicité considérable, le sublimé, dans quelques cas, a donné lieu à des accidents graves d'hydrargyrisme (Delorme); d'autre part, le bichlorure de mercure qui n'est pas résorbé, s'unit à l'albumine du pus pour former un composé insoluble, de sorte que si l'action antiseptique du sublimé est considérable, elle paraît être très passagère.

Le naphtol présente d'autres inconvénients : il est insoluble dans l'eau et dans le pus, et lorsqu'on l'injecte dans la cavité pleurale, le naphtol se précipite et forme un magma insoluble à la partie déclive de la cavité. C'est pour ces différentes raisons, que Laveran a employé un antiseptique nouveau : la créoline ou crésyl. Cette substance qui est un produit extrait de la créosote de houille, se présente sous l'aspect d'un liquide brunâtre qui s'émulsionne très facilement; ses propriétés antiseptiques sont bien établies (Nocard), et l'émulsion à 2/100 détruit les streptocoques. L'émulsion de créoline se mélange très bien au pus, elle se résorbe difficilement dans la plèvre, de telle sorte que son action désinfectante est persistante; enfin, cette substance peut être maniée sans crainte.

Je n'ai aucune expérience personnelle de l'usage du crésyl, mais, après avoir passé en revue la plupart des substances microbicides qu'on a proposées récemment, je crois pouvoir dire que le sublimé ne présente aucun danger réel, si on le manie avec précaution. Dans la plupart des thoracotomies que j'ai vu pratiquer, dans toutes celles que j'ai pratiquées moi-même, la liqueur de Van Swieten a été le liquide choisi de préférence, et jamais je n'ai noté le moindre accident consécutif.

En résumé, dès que l'espace intercostal a été ouvert, on laisse s'écouler librement le pus contenu dans la cavité pleurale, on fait ensuite pénétrer dans la plèvre deux litres de liqueur de Van Swieten, coupée d'eau par moitié; ce liquide une fois ressorti du thorax, on le remplace par une injection d'eau tiède, filtrée et préalablement bouillie, après quoi la plaie est drainée avec deux gros tubes en caoutchouc de huit centimètres environ, accolés en flûte de Pan, et le tout est recouvert par une large épaisseur de coton hydrophile ou d'ouate salolée, embrassant tout le côté malade, et d'une bande de gaze, ou mieux de flanelle faisant deux fois le tour du corps.

Le pansement est relevé chaque matin, tant que les pièces sont un peu salies et que l'écoulement purulent n'est point tari; on refait ensuite le lavage avec les liquides précités et il est rare qu'au bout de quelques jours on ne puisse enlever définitivement tout pansement.

M. Bucquoy a tout récemment proposé, une fois la poitrine largement ouverte, de s'abstenir de tout lavage, à moins que l'épanchement n'ait un caractère putride.

D'après lui, les lavages répétés retardèrent le travail de cicatrisation de l'abcès pleural, en détruisant les adhérences et en refoulant le poumon. De nouvelles observations sont nécessaires pour nous fixer sur la valeur de ce mode de traitement.

Pleurésies putrides. — Le traitement est le même que pour les pleurésies à streptocoques: c'est l'empyème avec le mode opératoire que nous venons de rappeler. Cependant la guérison est plus lente, parce que dans bon nombre de cas, il y a gangrène pleuro-pulmonaire; malgré cela les résultats opératoires sont assez bons.

Quant aux *pleurésies purulentes tuberculeuses* dont la marche est généralement lente, elles s'accommodent assez mal de l'empyème, ou de la résection des côtes, d'après le procédé d'Estlander (Debove). Les ponctions répétées à de longs intervalles peuvent y donner des résultats assez satisfaisants.

Ce que je viens de dire au sujet du traitement des pleurésies purulentes, ne s'applique que pour les épanchements renfermés dans la grande cavité pleurale; mais lorsqu'il s'agit de pleurésies purulentes *enkystées*, interlobaires, médiastines, diaphragmatiques, etc., le mode de traitement doit être modifié, car, ainsi que l'a fait remarquer Fernet, ces pleurésies sont à peu près inaccessibles à la thoracotomie. En pareille circonstance, le meilleur moyen d'agir consiste dans les ponctions

Digitized by Google

successives, répétées un certain nombre de fois, suivies d'injections antiseptiques locales. Fernet a rapporté l'observation curieuse d'un malade traité et guéri complètement par cette méthode ; la durée du traitement fut longue, il est vrai (deux mois et demi), et le patient ne fut libéré qu'après avoir subi treize ponctions évacuatrices, suivies d'injections antiseptiques.

A la question du traitement de la pleurésie purulente, on doit rattacher celle de la prophylaxie Il va de soi qu'il ne s'agit point ici des pleurésies liées à un état général infectieux : puerpérisme, septicémie, tuberculose, mais de certaines pleurésies, simples au début, qui, dans la suite, subissent la transformation purulente. Or, peut-on prévenir la transformation purulente d'une pleurésie séreuse ? Laveran a constaté dans des salles d'hôpital la coïncidence de pleurésies séreuses devenant purulentes, en même temps que se produisaient des cas extérieurs d'érysipèles de la face ou des membres, chez d'autres malades. Il serait disposé à croire qu'il y avait un rapport entre ces pleurésies purulentes et ces érysipèles, que ces deux complications s'expliquaient par l'infection des salles, comme s'expliquent dans les maternités les différentes manifestations de la fièvre puerpérale. On doit noter, en effet, que dans ces pleurésies purulentes on trouve la présence de streptocoques, c'est-à-dire des microbes qu'on rencontre dans l'érysipèle. Or, il est certain que ces streptocoques pyogènes de l'érysipèle, peuvent s'introduire dans les voies aériennes jusque dans la plèvre, avec l'air inspiré. Si cette relation était établie nettement, il y aurait lieu d'éloigner des pleurétiques, les malades qui suppurent ou qui sont atteints d'érysipèle, et faire en sorte qu'ils respirent un air aussi pur que possible.

Mais, dans d'autres circonstances, on doit admettre aussi la possibilité, pour certains malades, d'une véritable auto-infection. On sait, en effet, que les microbes pyogènes existent très souvent, à l'état habituel, dans la bouche, l'isthme du gosier, les fosses nasales, etc. Or, pour empêcher qu'ils descendent vers les voies respiratoires, on pourrait essayer, suivant le conseil de Mosler, de détruire les microbes qui existent dans la bouche ou l'arrière-bouche, à l'aide de gargarismes antiseptiques (acide phénique, acide borique, liqueur de Van Swieten), etc.

Je ne veux pas insister plus longuement sur ces points si intéressants de thérapeutique et de prophylaxie, dont plusieurs sont encore à l'étude, j'ai voulu simplement résumer en quelques lignes, les indications nouvelles que fournit la bactériologie, pour le traitement d'une maladie qui, pendant si longtemps, a été le sujet des plus graves préoccupations du clinicien.

Dr Ernest Barié,
Médecin des Hôpitaux de Paris.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

De l'amputation de la jambe par le procédé du lambeau, par M. Phocas. — A propos d'une observation d'amputation de la jambe au lieu de l'élection par lambeau externe, notre confrère lillois combat la sévérité des chirurgiens qui condamnent cette méthode opératoire. (*Bulletin médical du Nord*. 25 avril 189).

Au point de vue des indications opératoires, le lambeau externe répond aux exigences orthopédiques, dans les cas d'amputation pour arthrite tuberculeuse du pied, la crainte de comprendre une portion de la zône suspecte dans le lambeau externe n'étant pas justifiée et les récidives locales n'étant pas plus fréquentes après ce procédé qu'après les autres.

Au point de vue de la difficulté opératoire, M. Phocas s'arrête peu à cette objection, les difficultés de la méthode circulaire n'étant pas moindre.

Les résultats immédiats sont plus faciles à obtenir avec la méthode à lambeau qu'après la méthode circulaire : il y a coaptation de larges surfaces, cruentées, réunion à la fois profonde et superficielle ; le moignon est bien recouvert, les dangers de gangrène sont faibles et la situation périphérique de la cicatrice, le cas opéré par M. Phocas le prouve, n'est point une condition défavorable à l'usage du membre artificiel. S. R.

La luxation du nerf cubital en dedans de l'épitrochlée, par M. Annequin. — Notre confrère distingué, médecin-major de 1re classe, a réuni deux observations de cette lésion fort rare ; l'une du côté droit, l'autre du côté gauche et essayé d'en expliquer la pathogénie au moyen de l'expérimentation sur le cadavre. (*Arch. de méd. et de chir. militaires*. Juin 1890, p 482.)

Elle est produite vraisemblablement par la flexion violente de l'avant-bras et la rupture des aponévroses fermant la gouttière olécrano épitrochléenne, combinée avec une contraction du biceps.

Les conséquences fonctionnelles sont graves : douleur, irritation dans les mouvements de flexion, risque de contusion contre l'épitrochlée, et plus tard, névrite du cubital, perte des mouvements et main en griffe. Le traitement par l'immobilisation après réduction est insuffisant ; il faut donc intervenir chirurgicalement, de façon à fermer la gouttière par un plan fibreux solide constitué aux dépens des parois de cette gouttière.

Un autre procédé paraît à M. Annequin aussi favorable. Il consiste à constituer un lambeau externe avec les fibres inférieures du vaste interne. En tout cas, l'opération étant pratiquée sous l'asepsie, ne présente que de médiocres dangers. S. R.

OTOLOGIE

De l'emploi du salol camphré contre les suppurations de l'oreille, par M. H. Cuvillier. — Ce pansement est indiqué contre les suppurations de l'otite externe et de l'otite moyenne (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, mai 1890, p 317).

M Cuvillier fait connaître son emploi tel qu'il est pratiqué dans le service de M. Gonguenheim.

1° Au préalable, on nettoie le conduit auditif par une injection d'eau boriquée et on sèche avec le coton antiseptique.

2° On applique le topique (solution de salol camphré) au moyen d'un petit tampon d'ouate porté sur une tige à oreille coudée à angle droit On dirige cette tige à l'aide du spéculum et du miroir frontal, de façon à mettre le tampon d'ouate en contact avec les parties suppurantes.

3° Application de la ouate antiseptique ordinaire, de manière à terminer le pansement en fermant l'orifice du conduit.

On répète le pansement tous les deux jours ; mais, dans l'intervalle des pansements, on a soin de pratiquer des injections tièdes avec la solution boriquée à deux pour cent. S. R.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

De l'action physiologique du curare, par MM. Dogel et Nikolsky. — On a proposé l'emploi thérapeutique du curare, mais, quand il s'est agi de l'utiliser, on a hésité à le faire. Cela s'explique quand on prend connaissance des recherches physiologiques de MM. Dogel et Nikolsky (*Meditzin. Obozrenié*; 1890, n° 3, p. 293).

Digitized by Google

Les essais qui ont été faits sur des animaux à sang chaud et sur des animaux à sang froid démontrent, une fois de plus, la faible absorption du curare par les muqueuses. Ils confirment l'action bien connue qu'il exerce sur les tissus nerveux, centres et terminaisons des nerfs et sur les tissus musculaires. Cette action est successive; elle varie de rapidité suivant les espèces animales. Ainsi, la paralysie des centres vaso-moteurs chez le chien est plus rapide que chez le chat ou le lapin. Par contre, la paralysie du cœur chez le chat se produit plus rapidement que chez le lapin et le chien.

MM. Dogel et Nikolsky attribuent ces différences au mode d'action du curare sur les tissus de l'organisme. Cette substance, écrivent-ils, provoque des altérations du protoplasma des nerfs et des muscles, et ces altérations se produisent successivement et non simultanément sur les organes; de là, sans doute, la marche progressive et la mobilité des phénomènes physiologiques observés. S. R.

De l'action des sels de mercure comme artério-dépresseurs, par M. Haig — La note de cet auteur a pour objet de montrer que le calomel et les sels de mercure agissent comme diurétiques et abaissent la tension artérielle en modifiant la proportion d'acide urique contenu dans le sang (*The Brit. Med Journal*, 31 mai 1890, p. 1211).

Pour le prouver, il a dressé des tableaux indiquant les variations quotidiennes de la composition de l'urine chez les malades qui ingèrent le calomel et leurs tracés sphygmographiques. Il avait prouvé antérieurement que la tension artérielle variait en raison inverse de la richesse du sang en acide urique (*The Brit Med. Journal*, 1889, t. I, p. 291). Or, le calomel réduisant la quantité d'acide urique contenue dans le sang. M. Haig se croit en droit d'attribuer l'abaissement de la tension artérielle à cette modification chimique de la composition du sang.

Il faudrait en chercher l'origine dans le foie · de là cette conclusion que le calomel et les sels de mercure sont des diurétiques, parce qu'ils agissent sur les cellules hépatiques et qu'ils modifient les phénomènes chimiques dont elles sont le siège et sans doute les organes. C'est dire que les sels de mercure sont *diurétiques* en raison de leurs propriétés de *médicaments hépatiques*.

R. S.

Du traitement de l'angine diphtérique par le sublimé en pulvérisations, par M. Corneille Saint-Marc. — D'après notre confrère, cette médication donne des résultats efficaces et rapides quand on l'emploie dès le début de l'affection. L'engorgement ganglionnaire, la fièvre, la douleur et la dysphagie disparaissent en douze ou vingt-quatre heures et la guérison est obtenue en quelques jours (*Poitou Médical*, 1er juin 1890).

Voici la technique recommandée par M. Corneille Saint-Marc : la solution hydrargyrique est ainsi formulée :

Deuto-chlorure de mercure .	0.10 centigrammes
Alcool	100 grammes ·
Eau	900 —

Remplir de cette solution un pulvérisateur ordinaire, et, toutes les demi-heures d'abord, toutes les heures et toutes les deux heures ensuite, diriger le jet de vapeur d'eau vers l'arrière-gorge du malade.

Celui-ci éprouve, au bout de quelques instants, un picotement qui le fait tousser et le force à expectorer quelques fausses membranes.

Malgré le titre et la quantité considérable de solution employée, on n'a jamais observé le moindre accident d'intoxication.

S. R.

Du tellurate de chaux contre les sueurs nocturnes des phtisiques, par M. le Dr Neusser. — Etudiés d'abord au point de vue toxique, les composés du tellure provoquent des vomissements, de la diarrhée, de la dyspnée, de l'anesthésie. L'animal exhale une odeur particulière d'ail et l'on trouve à l'autopsie des ecchymoses dans l'intestin, le foie, la rate, les reins. (*Wien. Klin. Woch.* 1890, n° 23).

Donné sous forme pilulaire, à la dose de 0.02 par dose unique et maximum de 0,06 en 24 heures, le tellurate de chaux a réussi à tarir la sueur nocturne des phtisiques, sans donner lieu, à aucun autre inconvénient que l'odeur. H. G.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la chorée

par M. le Dr d'Heilly

Médecin de l'hôpital des Enfants Malades (1)

Ne pouvant atteindre la cause, on s'est adressé empiriquement aux agents les plus opposés pour modifier le symptôme, soit en changeant le type des mouvements convulsifs, soit en les atténuant. La convulsion choréique est clonique, Trousseau a tenté de la rendre tonique, en employant la strychnine qu'il maniait avec une grande hardiesse. Il donnait un sirop de sulfate de strychnine dosé à 5 milligrammes par cuillerée à café; en espaçant régulièrement les prises et en augmentant les doses de deux en deux jours, il arrivait aux chiffres inquiétants de 3, 4 et 6 centigrammes de sulfate de strychnine par jour, chez des enfants de six à dix ans. Il était de précepte pour lui d'aller jusqu'à apparition de raideur de la mâchoire et de secousses convulsives des membres. En Amérique, Hammond emploie volontiers cette médication à laquelle il donne la préférence, sans toutefois pousser les doses aussi loin que Trousseau; il aurait eu trente-deux succès sans avoir jamais dépassé un centigramme par jour. West se montre justement effrayé; il fait observer que, chez l'enfant, les effets physiologiques qui serviraient à limiter les doses font défaut; les mouvement choréiques masquent l'apparition des spasmes, de plus l'enfant ne peut ni analyser ses sensations, ni en rendre compte.

Je n'ai employé la strychnine que dans deux cas rebelles à toutes les médications, et j'ai eu chez un garçon de treize ans, un succès manifeste, en élevant la dose jusqu'à deux centigrammes par jour. Néanmoins ce n'est pas sans quelque répugnance que j'y aurais recours de nouveau.

Malgré quelques succès, l'emploi de la strychnine ne sera jamais qu'une médication d'exception; il exige une attention constante, et la moindre lacune dans la surveillance expose à de graves accidents. Bouchut a vu, à l'hôpital des Enfants, une fille de treize ans mourir dans le tétanos, dès la deuxième cuillerée d'un sirop dosé selon les règles.

Turnbull a employé le sulfate d'aniline qui est passible des mêmes reproches..

Un autre mode de traitement, reflet de celui ci, s'adresse à tous les agents hypnotisants et paralysants. Ceux-ci répondent à l'indication capitale qui est de diminuer l'intensité et la fréquence des mouvements. L'agitation convulsive, en effet, prive le malade de repos, elle est une source de fatigue et entrave la nutrition; plus le malade s'affaiblit, plus le système nerveux devient excitable et accroît l'agitation.

(1) Suite et fin : voir n° 26, 25 juin 1890.

Digitized by Google

Oulmont a proposé l'hyoscyamine qui n'a pas pris rang dans la thérapeutique de la chorée, et donne des effets toxiques avant d'avoir amené la moindre sédation.

Bouchut a préconisé l'alcaloïde de la fève de Calabar; il administrait le sulfate d'ésérine à la dose de 2 à 5 milligrammes en pilules ou en injections hypodermiques. Ce traitement aurait amené une sédation limitée d'abord à la durée de son action et se prolongeant ensuite au delà. L'expérience n'a pas tenu les promesses du début et l'ésérine est tombée dans l'oubli.

Gillette, faisant revivre la doctrine contro-stimulante, avait conseillé, comme agent perturbateur et hyposthénisant, l'émétique administré suivant une formule qui est de notion vulgaire. J'ai vu naguère mon éminent maître J. Bergeron employer ce traitement avec succès; je l'ai appliqué moi-même et j'ai eu quelques résultats heureux. Mais c'est encore une médication d'exception; elle encourt le grave reproche de fatiguer beaucoup les enfants, et n'est applicable qu'aux sujets sanguins et vigoureux. La chorée est une maladie dépressive par l'usure musculaire, l'insomnie, l'épuisement nerveux et les difficultés de l'alimentation. Il importe donc de ne prescrire l'émétique que chez les enfants robustes qui ont une réserve à dépenser. Encore faut-il que l'on ait essayé avant l'émétique de traitements moins compromettants et que le cas soit assez grave pour offrir, en compensation des inconvénients de la méthode, la perspective d'un résultat important à obtenir.

Dans le but de supprimer ou d'atténuer les mouvements, on a épuisé toute la série des antispasmodiques et des narcotiques, qui peuvent être utiles seulement comme auxiliaires et dont l'action n'est ni prompte ni profonde.

L'asa-fœtida et la valériane, à cause de leur odeur désagréable, sont d'un emploi difficile. Les pilules de Mégin, qui associent la valériane et la jusquiame à l'oxyde de zinc, ont eu autrefois une grande vogue dans le traitement de la chorée, et le zinc sous forme d'oxyde ou de sulfate y est d'un usage courant en Amérique. West regarde ce médicament comme le seul qui lui ait donné quelques résultats spécifiques.

Le bromure de potassium a une action sûre, mais lente à se montrer et peu énergique; pour cette raison il ne peut être appliqué dans les chorées violentes qui exigent une intervention prompte et décisive; il a, d'ailleurs, un effet altérant qui amène promptement l'anémie. Cadet de Gassicourt conseille de le prescrire pour continuer l'action du chloral. Je l'ai employé comme agent exclusif dans quelques cas, et je n'ai pas eu à m'en louer. Comby l'a donné concurremment avec les douches et tous ses malades ont guéri dans un délai moyen de trois mois. Il semble que ces guérisons à longue échéance confirment simplement ce que nous pensons du bromure de potassium.

La belladone et surtout l'opium seront utiles seulement pour donner quelque repos aux enfants très agités, qui ont perdu le sommeil et poussent des cris incessants. Mais l'opium n'est pas toujours bien supporté par les enfants, et en pareil cas le médicament par excellence est le chloral, sur lequel je vais revenir.

Pour en finir avec cet inventaire presque négatif des médications de la chorée, je mentionnerai les courants continus et les bains électriques qui ne donnent pas de résultats, et les pulvérisations d'éther ou de chlorure de méthyle que j'ai essayées maintes fois sans profit.

Voyons maintenant, d'après notre propre expérience, à quelle médication il convient d'accorder la préférence dans un cas donné.

Pour instituer le traitement, il faut établir une distinction entre les chorées légères ou moyennes et les cas sérieux ou graves. Dans les premières, il y a plus ou moins d'agitation des membres avec prédominance d'un côté, quelques grimaces; mais les enfants peuvent marcher, ils tiennent leur cuillière et leur verre, la parole est à peine troublée et le sommeil fait disparaître les mouvements.

Dans la seconde forme, dans la véritable danse de saint Guy, l'agitation est extrême, l'enfant ne peut réussir à porter le verre à sa bouche, il est incapable d'écrire ou de se servir de ses mains, la parole est inintelligible, la marche est devenue difficile ou impossible. Au degré le plus élevé, les mouvements se succèdent sans interruption, l'enfant s'écorche par le frottement sur ses draps, l'agitation persiste pendant le sommeil qu'elle entrave plus ou moins.

Dans les chorées légères, il faut surtout s'attacher à l'état général; elles sont justiciables des agents toniques et du traitement hygiénique. La première indication est de diminuer l'éréthisme cérébral qui accompagne d'ordinaire la chorée; on écartera toutes les causes d'excitation nerveuse: les jeux bruyants, les veilles prolongées, les lectures; l'enfant suspendra ses études. On prescrira une alimentation copieuse et réparatrice.

C'est ici que l'arsenic, auquel, à tort selon nous, on a attribué une action spécifique trouve son emploi. Il n'a pas d'effets directs sur le système nerveux, mais paraît agir surtout comme tonique et reconstituant contre l'anémie qui augmente l'excitabilité nerveuse. Il convient surtout dans les chorées peu intenses, aux sujets chlorotiques et aux lymphatiques; même dans ces cas spéciaux, il échoue souvent. Quant à son action sur les chorées sérieuses, elle est lente et peu marquée.

On peut l'administrer en solution titrée ou sous forme de granules de Dioscoride, en débutant par 1 à 5 milligrammes par jour, sans dépasser un centigramme; ou encore donner la liqueur de Fowler, dont on pourra faire prendre 4 à 5 gouttes trois fois par jour. Il convient de surveiller son action toujours un peu irritante sur l'estomac, et c'est en vue de l'éviter qu'on a employé les injections sous-cutanées de liqueur de Fowler étendue de son poids d'eau.

Cadet de Gassicourt donne l'arsenic à faible dose dans les chorées légères; mais dans des cas d'incoordination très marquée, il a administré 5 milligrammes le premier jour, en augmentant de 5 milligr. de jour en jour pour atteindre les chiffres de 25 et même 30 milligrammes, en surveillant l'action sur l'estomac. Il ne paraît pas avoir eu à se louer de cette méthode que j'ai employée comme lui, dans plusieurs cas, et sans résultats.

Comme adjuvants, on associera à l'arsenic, le fer, les amers, les bains sulfureux. L'hydrothérapie qui, elle

Digitized by Google

aussi, n'agit que comme tonique, a souvent d'excellents effets, mais elle sera interdite aux choréiques rhumatisants.

S'il y a de l'insomnie, le bromure de potassium trouvera son emploi, mais pour peu de temps à cause de l'anémie qu'il amène.

La gymnastique rhythmée a pour but et souvent pour effet de substituer des mouvements voulus et réglés à l'agitation incohérente ; mais il faut, pour la prescrire, que les enfants soient, jusqu'à un certain point, maîtres de leurs mouvements. Elle a de bons effets, surtout au déclin de la névrôse.

En présence d'une chorée sérieuse ou grave, avec agitation extrême, alors surtout qu'existe cette insomnie qui signale les chorées violentes, j'ai d'ordinaire recours soit à l'antipyrine, soit au chloral.

Avant de connaître l'antipyrine, c'est du chloral que j'ai tiré les meilleurs résultats. Pour produire tout son effet, il doit être donné à des doses relativement élevées : 4, 5 et 6 grammes par jour, à partir de cinq à six ans. Comme il a une action caustique sur l'estomac qu'il irrite, il est bien préférable de le donner par la voie rectale à la dose initiale de 1 gr. 50 matin et soir, pour arriver rapidement à 5 et 6 grammes par jour. Picot et d'Espine paraissent redouter des accidents sérieux de la dose de 3 grammes prescrite à des enfants ; ce chiffre de 3 grammes a été notre minimum sans que nous ayons vu rien autre chose d'anormal que quelques vomissements ou un assoupissement un peu tenace.

Au début survient une somnolence durant laquelle les mouvements diminuent ou cessent, mais au réveil ils reprennent leur intensité. Limitée d'abord à la durée d'action du chloral, la sédation des mouvements survit bientôt à l'hypnose et l'agitation devient réellement moindre durant la veille.

J'ai employé le chloral un bon nombre de fois et j'en ai souvent tiré d'excellents résultats ; tantôt une guérison complète un peu lente à venir, souvent une grande amélioration; quelquefois, il faut le dire, il a absolument échoué. Les insuccès observés tiennent souvent à des doses insuffisantes. Joffroy, qui emploie volontiers le chloral, le donne durant quinze jours consécutifs à la dose quotidienne de 5 grammes. En 1875, j'ai observé, à l'hôpital Beaujon, une jeune femme, choréique depuis un an, chez laquelle j'épuisai, sans le moindre succès, toute la série des agents usités en pareil cas, y compris le chloral, mais à dose timide. Elle quitta le service sans changement dans son état et entra à l'hôpital Lariboisière où mon collègue Guyot la guérit radicalement et vite en poussant jusqu'à huit grammes chaque jour la dose du chloral.

Le plus souvent bien supporté, il provoque parfois des vomissements. Je n'ai jamais observé pour ma part d'éruptions chloraliques.

Ce médicament est formellement contre-indiqué chez les enfants atteints de complications cardiaques.

Si l'on réduit au minimum les effets du chloral, si l'on admet qu'il se borne seulement à restreindre l'intensité des contractions musculaires et à permettre le sommeil, on trouvera qu'il rend encore de grands services en limitant la déchéance de l'organisme. Mais il me paraît atteindre souvent plus loin et plus haut et abréger réellement la durée de la maladie.

Dans les chorées intenses, il est un médicament qui me paraît l'emporter de beaucoup sur le chloral par son efficacité et la rapidité de son action, c'est l'antipyrine. Wolner (de Munich) l'employa le premier en février 1887, en se fondant sur ses effets dans les accidents nerveux du rhumatisme, et il obtint une guérison en deux jours. Après lui vinrent Legroux, Lilienfeld, Négrié, et Dumur, etc. Depuis trois ans je l'ai fréquemment prescrite dans la chorée et je l'ai bien souvent vu réussir. Aucun agent thérapeutique ne procure plus promptement la guérison ou un amendement sérieux de la danse de saint Guy.

Indiquée surtout dans les hyperchorées, elle est bien moins efficace dans les cas moyens. Dans les chorées intenses où elle réussit le mieux, il arrive souvent qu'à une sédation d'abord rapide, succède une phase stationnaire durant laquelle l'antipyrine semble cesser d'agir. Elle est, en cela, comparable au salicylate de soude dont l'action si prompte et si décisive dans le rhumatisme suraigu, semble s'épuiser et cesser brusquement dès que les douleurs sont tombées à un niveau moyen.

Je donne de 2 à 3 grammes d'antipyrine, à des enfants âgés de 5 ans. Au début, j'hésitais quelque peu à prescrire d'emblée 3 grammes ; j'ai alors rencontré des cas rebelles à une dose moindre, qui s'amélioraient rapidement dès qu'on atteignait des chiffres plus élevés. Les doses fortes ne sont pas, néanmoins, toujours nécessaires, et l'on a cité un cas de guérison en huit jours avec 4 gr. 50 d'antipyrine en tout, soit en moyenne 0 gr. 55 par jour.

Le mode d'administration importe peu, pourvu que l'on fractionne les doses et que l'on répartisse sur la journée entière l'action du médicament. On peut donner l'antipyrine en cachets, dans un sirop, en potion aromatisée, etc.

J'ai recueilli, soit à l'hôpital, soit en ville, 26 cas sur lesquels il y a eu 13 guérisons complètes, 5 guérisons presque absolues, 4 améliorations marquées et 4 échecs plus ou moins complets. J'ai pu, en outre, noter deux récidives. La durée moyenne de la maladie dans ces cas a été de 16 jours. L'amélioration est d'ordinaire rapide et, dans les cas intenses, elle est souvent manifeste dès le troisième ou le quatrième jour.

Parmi les guérisons que j'ai observées, la plus intéressante a été celle d'un garçon de 8 ans, atteint de chorée depuis 2 ans, soumis sans succès au chloral, à la strychnine, etc., et qui guérit en 9 jours après avoir pris 27 grammes d'antipyrine.

Dans le travail publié par Legroux et Dupré en 1888, on trouve 6 cas de guérison radicale après une moyenne de 11 jours de traitement. Tessier, dans sa thèse, a rapporté un certain nombre de cas de guérisons rapides. Négrié et Dumur ont obtenu 7 cas de guérison du septième au quatorzième jour.

J. Bouisson (de Lyon), à la Clinique des maladies des enfants, a vu sur 19 malades, 11 guérisons complètes,

Digitized by Google

six améliorations et dans deux cas très graves, du soulagement.

Il va sans dire que nous n'avons pas l'intention de donner le bilan de l'antipyrine dans le traitement de la chorée. On trouve dans les recueils médicaux un grand nombre de faits analogues, et un plus grand nombre sans doute n'ont pas été publiés.

Mon collègue A. Ollivier montre peu d'enthousiasme pour la nouvelle médication de la chorée; il admet, néanmoins, que l'antipyrine est un bon sédatif, qu'elle diminue l'énergie et la fréquence des mouvements, et enlève ainsi au processus choréique une partie de ses dangers.

Pour apprécier la valeur de l'antipyrine dans la chorée, il ne faut pas perdre de vue que celle-ci a normalement une durée de deux mois et demi à trois mois et qu'un traitement ne peut se targuer d'être efficace, s'il n'abrège sensiblement cette durée. Or, en présence des guérisons signalées, il paraît difficile d'invoquer, de bonne foi, la marche naturelle de la maladie et de dire qu'elle finit toujours par guérir spontanément. L'antipyrine a eu parfois une action si prompte qu'il me paraît bien injuste de lui dénier une influence décisive.

Quelquefois l'antipyrine a échoué complètement sans que rien dans l'allure clinique de la maladie pût présager l'insuccès. Souvent alors le chloral a eu raison de ces cas réfractaires à l'antipyrine et réciproquement. Mais l'antipyrine réussit plus souvent que le chloral dans les chorées intenses, et c'est à elle que je m'adresse tout d'abord dans les cas graves et qui appellent une action prompte et radicale.

Je n'ai point observé d'accidents par l'emploi de doses relativement élevées et prolongées durant 10 à 15 jours. On a vu, dans un cas de coqueluche, 1 gr. 20 d'antipyrine administré durant trois semaines, amener des vomissements, de la somnolence, du coma, des convulsions, de l'arythmie cardiaque, etc. Ici, les doses, plus élevées il est vrai, sont continuées moins longtemps. Je n'ai rien noté de pareil, et il semble que ces accidents soient rares, si on tient compte de l'énorme et abusive consommation d'antipyrine qui s'est faite depuis quelques années, sans qu'il ait été question de troubles graves. Je n'ai vu qu'une manifestation insignifiante, une sorte d'érythème le plus souvent morbilliforme, quelquefois scarlatiniforme ou copahique, souvent assez persistant.

Comment agit l'antipyrine? Elle paraît être un agent de dépression, un modérateur puissant de l'excitabilité cérébro-spinale, de l'activité excito-motrice. D'après A. Robin, son mode d'action intime consisterait à ralentir les oxydations nerveuses; elle augmenterait l'excrétion par les urines du phosphore incomplétement oxydé. Elle aurait ainsi un effet direct sur le système nerveux central dont elle modérerait l'activité en agissant sur sa nutrition intime.

L'antipyrine et après elle le chloral sont actuellement les médicaments les plus efficaces de beaucoup dans le traitement de la chorée, et il arrive souvent que l'un des deux réussisse après que l'autre a échoué. Lorsque tous deux sont impuissants, si malgré le temps écoulé pendant des essais successifs, l'agitation est encore grande et ne commence pas à s'user, alors, on est fondé à tenter le traitement de Gillette, pourvu que l'enfant soit vigoureux et que la maladie n'ait pas amené la faiblesse et l'anémie.

Les soins hygiéniques et la médication tonique, dont nous avons dit l'importance dans les chorées peu intenses, sont non moins indiqués dans les cas graves où les causes d'épuisement et de déchéance de l'organisme agissent avec plus d'énergie. Il faudra donc veiller avec grand soin sur le régime alimentaire et, durant la convalescence, prescrire le séjour à la campagne.

REVUE DES LIVRES

La syphilis aujourd'hui et chez les anciens, par M. le Dr F. Buret. (Paris 1890, Société d'éditions scientifiques.)

Avant d'aborder l'étude de la syphilis à travers les âges, l'auteur donne un résumé des principaux symptômes de la maladie et s'attache à prouver que la syphilis a existé de tout temps, répudiant et son origine américaine et son origine napolitaine en 1494. Il passe successivement en revue les temps préhistoriques, l'Empire chinois 3000 ans avant l'ère chrétienne, le Japon, les anciens Egyptiens, les Hébreux au temps biblique et les Hindous, pour terminer par une étude de la maladie chez les Grecs, et chez les Romains sous les Césars. Il termine en indiquant brièvement le traitement rationnel de la syphilis

Cet ouvrage contient des détails sur la vie sociale de Rome et d'Athènes et de curieux aperçus sur la débauche effrénée des Romains et des Grecs. L. Renon.

De la grippe et de son traitement par le sulfate de quinine, par M. le Dr P. Gellie. (Bordeaux 1890, Gounouilhou.)

Après une étude étiologique et clinique complète de la grippe, qu'il s'efforce de bien distinguer de la fièvre dengue, notre confrère insiste d'une façon toute spéciale sur son traitement par le sulfate de quinine.

Il montre l'action névrosthénique et antiseptique de ce médicament dans la grippe, comparant son action avec celle de l'antipyrine, et lui donnant toute supériorité sur cette dernière, surtout dans les cas graves: il termine par la posologie du médicament, préconisant beaucoup les doses massives.

Ce travail s'appuie sur un nombre de faits considérable et nous fait regretter, pour le diagnostic et le traitement de la grippe, de ne pas l'avoir compté dans la littérature médicale avant la grande épidémie de l'hiver dernier. L. Renon.

La dernière maladie de Mirabeau, par M. H. Duchenne. (Tours 1890, Deslis, et Suresnes, chez l'auteur.)

Trois versions ont été données de la maladie dernière et de la mort de Mirabeau. L'opinion populaire le fit mourir empoisonné. C'était une erreur ou une calomnie. Cabanis, Petit et Vicq d'Azir, témoins oculaires, crurent à une affection rhumatismale et goutteuse du diaphragme et du cœur. Bouillaud crut, plus tard, — diagnostic posthume — retrouver dans l'observation et le procès-verbal de l'autopsie, les lésions d'une pleuro-péricardite.

Dans la plaquette actuelle, M. H. Duchenne s'est inspiré du journal de Cabanis et déclare « sans hésiter, qu'en présence « d'un pareil cas, le diagnostic du praticien moderne serait: « péricardite d'origine rhumatismale et lithiase biliaire. »

Cette opinion paraît vraisemblable. Qu'on l'accepte ou qu'on la rejette, on doit remercier M. H. Duchenne de ses recherches intéressantes et souhaiter la bienvenue à l'ouvrage dont ce travail est un extrait. Quand le livre intitulé: *Un philosophe méde-*

Digitized by Google

tin au XVIIIe siècle (Cabanis) verra le grand jour de la publicité, on peut l'affirmer, il sera le bienvenu Pour notre part, nous adressons nos chaleureuses félicitations à son auteur érudit et bien inspiré.

CH. ELOY.

Traité élémentaire de pathologie générale, par M le Dr HALLOPEAU (Paris, J.-B. Baillière, 1890).

A l'heure actuelle où nos connaissances sur la pathogénie et la physiologie des maladies ont une si grande influence pour le choix des agents thérapeutiques, le public médical trouvera d'utiles renseignements dans l'ouvrage de M. Hallopeau. Ce livre, dont nous n'avons plus à faire l'éloge, dont voici la troisième édition, est mis au courant des derniers progrès de la science. Nous signalons entre autres à l'attention des médecins qui désireront connaître l'état actuel de la microbiologie sans parcourir de nombreuses monographies, une étude résumée et complète sur les bactéries infectieuses. La seconde partie de ce volume doit paraître très prochainement.

H. M.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Les mesures de prophylaxie contre le choléra

La première application de la loi de 1822 sur la police sanitaire et la promulgation du décret du 18 juin dernier, mettent en émotion, paraît-il, cette petite fraction du grand public européen qui, durant ces derniers jours, a franchi les Pyrénées.

Des voyageurs étrangers et récalcitrants ont, ajoute-t-on, formulé des doléances contre la visite médicale à laquelle ils sont astreints, après l'arrivée à leur résidence. On parle même d'intervention diplomatique. C'est trop, ces doléances et ces menaces ne seront, on le pense et on l'espère, de nature ni à impressionner le ministre et le préfet de police, dont la fermeté et l'énergie sont justement appréciées, ni à faire capituler la loi.

A coup sûr, il est fort ennuyeux de subir un examen à la frontière, de se soumettre à la formalité du passeport sanitaire et, en arrivant à destination, de recevoir la visite, pendant cinq jours, du médecin délégué par le maire ou le préfet. Mais enfin : charbonnier est maître chez lui et le peuple français, représenté par son Gouvernement, a bien le droit de se préserver du choléra, comme il le peut et s'il le peut.

Au reste, cette émotion n'est point inquiétante; elle se calmera. Fût-on un grand d'Espagne, on finit par s'habituer aux visites sanitaires, à la surveillance médicale, à tout, en deux mots, sauf au choléra.

Ces réclamations ne présenteraient qu'un médiocre intérêt, si elles ne provoquaient point des scrupules dans la conscience trop formaliste de certains jurisconsultes et de quelques-uns de nos confrères, trop disposés à mettre en doute la légalité du décret du 18 juin dernier et la validité de la loi de 1822.

Les pénalités édictées par cette loi sont excessives, on le sait. Elles ne répondent guère aux mœurs contemporaines : chacun en convient. De plus, on n'ignore pas qu'à l'heure actuelle, on trouverait difficilement un juge pour appliquer la *peine de mort, les travaux forcés ou l'emprisonnement durant dix années* pour punir les délits ou les contraventions sanitaires.

Est ce à dire pour cela que les voyageurs, les hôteliers et les aubergistes sont en droit, les premiers de refuser les visites médicales des délégués de l'administration, les seconds de ne point faire les déclarations prescrites par le décret? Il y a des légistes, paraît-il, qui le pensent. Le *Bulletin médical* du 29 juin le dit et justifie cette affirmation par ce fait que les mesures sanitaires actuelles n'ont pas été affichées dans toutes les communes de France; cet affichage seul, au témoignage des jurisconsultes, pouvant rendre la loi et le décret exécutoires.

C'est une opinion : il serait fâcheux qu'elle se confirmât, car elle pourrait motiver des contraventions fort désagréables pour ses partisans et ses avocats. Au reste, pour prévenir les malentendus et calmer ces scrupules juridiques de notre collègue de la presse médicale, le *Journal officiel* et, après lui, le *Bulletin municipal officiel de Paris*, viennent de publier à la même date et, fort à propos, un second décret qui confirme et complète celui du 18 juin.

En voici le résumé :

Aux termes de ce décret, toute personne venant d'Espagne et entrant en France ou en Algérie, soit par terre, soit par mer, est tenue de déclarer à la frontière, aux autorités chargées de recevoir cette déclaration, la commune de France dans laquelle elle se rend. Elle est, en outre, tenue de présenter au maire de cette commune, dans les vingt-quatre heures de son arrivée, le passeport sanitaire qui lui aura été remis à la frontière. A Paris cette présentation devra être faite à la préfecture de police ou aux mairies.

Devront également être faites à la préfecture de police ou aux mairies les déclarations des personnes logeant chez elles, à Paris, des voyageurs venus d'Espagne, en exécution du décret du 18 juin 1890.

Les infractions aux dispositions qui précèdent seront poursuivies conformément à la loi du 3 mars 1822. Les autorités sanitaires, constituées en exécution de la loi du 3 mars 1822 le gouverneur général de l'Algérie, les préfets, les maires, les commissaires spéciaux des chemins de fer, les commissaires de police, les commissaires de surveillance administrative, les agents des douanes et généralement tous les agents de la force publique sont délégués pour en assurer l'exécution.

Le Ministre de l'Intérieur, le Préfet de police et leurs agents ne semblent donc point disposés à capituler.

Tant mieux ! En matière de prophylaxie contre les épidémies, la casuistique des légistes n'a rien à voir. *Salus populi suprema lex esto*. Ces hauts fonctionnaires le pensent et le prouvent. Tous les bons citoyens le pensent avec eux et rendent hommage à leur énergie.

CH. ELOY.

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

Un cas d'iodisme aigu

Cherbourg, 28 juin 1890.

M'étant décidé à suivre un traitement par l'iodure de potassium, et étant, d'autre part, très sujet au coryza, j'ai pris, le 19 juin à minuit, 0,50 centigrammes d'iodure dans un verre d'eau sucrée.

A 5 h. du matin, j'étais réveillé par de vives douleurs des fosses nasales, accompagnées d'enchifrenement Un peu plus tard, le nez coulait comme une fontaine, mais sans aucun soulagement. Au contraire, les douleurs gagnèrent les sinus maxillaires, les yeux, les sinus frontaux, la gorge, les deux oreilles, puis le larynx. A ce moment, je fus atteint d'une toux incessante des plus pénibles, avec sensation d'étouffement. Par

Digitized by Google

voie réflexe, se développa une stunalgie des plus violentes, plus accusée à gauche qu'à droite et s'étendant au bras gauche jusqu'au coude, simulant ainsi un accès d'angine de poitrine.

Très rassuré, malgré l'intensité inouie de ce syndrome douloureux, contre les conséquences d'une pareille crise, en raison de la faible dose d'iodure ingérée, j'en attendis d'abord assez patiemment la fin.

Cependant, vers 8 heures du matin, ne voyant pas la situation s'améliorer, je me fis une injection hypodermique de deux centigrammes de morphine qui ne tarda pas à ramener le calme. Toutefois, je suis resté à peu près aphone toute la journée, et il a fallu deux jours pour que la voix revint à ses caractères normaux.

Comme tous mes confrères, j'ai rencontré des cas d'intolérance de l'iodure de potassium, et des accidents naso-pharyngo-laryngiens, mais jamais je n'ai constaté un appareil morbide aussi intense et aussi compliqué, surtout après l'ingestion d'une quantité aussi minime du composé iodique. Affaire d'idiosyncrasie, sans doute, ou plutôt, dans le cas présent, prédisposition spéciale et accidentelle, puisque, dans mon passé, j'ai usé plusieurs fois, sans encombre, de l'iodure de potassium à haute dose.

Conclusion : tâter le terrain au début, avant de s'avancer dans un traitement par l'iodure de potassium.

Dr DE LA BARCERIE.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

GYNÉCOLOGIE

I. Un traitement antiseptique de la vaginite aiguë. — Les indications varient suivant la période de la maladie : dans la *période initiale*, la médication sera sédative, antiphlogistique et antiseptique : dans la *période terminale*, elle sera antiseptique et au besoin substitutive.

Période initiale. — 1° Calmer la douleur ; à cet effet opium à l'intérieur ou morphine ;

2° Diminuer l'inflammation : injections émollientes *très chaudes* avec le topique suivant antiseptique et calmant :

Feuilles de coca..... 5 grammes
Espèces émollientes..... 25 —
M. s. a. pour 1.000 grammes de décoction que l'on additionnera de 20 grammes d'acide borique.

Répéter ces injections au moins trois ou quatre fois par jour.

Période terminale. — 1° Tous les jours, pratiquer plusieurs injections astrigentes et parasiticides, avec l'une des solutions suivantes :

Sulfate de fer..... 20 grammes
Eau distillée..... 1000 —

Ou bien :

Chloral hydraté..... 30 grammes
Eau distillée..... 1000 —

Ou bien :

Permanganate de potasse... 0 25 centigr.
Eau distillée..... 1000 grammes

2° Tous les jours : pratiquer un tamponnement vaginal avec l'ouate imbibée de glycérolé de tanin.

Acide tanique..... } àà 5 grammes
Glycérine.....

Et tous les deux jours, s'il y a lieu, attouchement de la muqueuse vaginale avec la solution de nitrate d'argent au trentième.

II. De l'aristol en gynécologie. — On en fait usage sous la forme de crayons, de suppositoires vaginaux ou de pommades contre l'endométrite, la métrite ulcéreuse et la paramétrite.

1° *Crayons à l'aristol.* — (Swicka) les formule ainsi :

Aristol..... 10 grammes
Gomme arabique pulvérisée..... 90 —
F. s. a. pour dix crayons semblables ; chacun d'eux doit mesurer quatre à cinq centimètres de longueur.

2° *Suppositoires à l'aristol.* — On les dose à raison de cinq à dix centigrammes du principe actif :

Aristol..... 1 gramme
Beurre de cacao ... 90 —
Pour dix suppositoires.

3° *Pommade à l'aristol.* — Elle a été employée pour enduire les tampons vaginaux :

Aristol..... } àà 4 gram.
Axonge purifiée...
Lanoline .... 32 —
Faire une pommade.

CH. ELOY.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

Société médicale du VIe arrondissement de Paris (20 avril 1890). — I. *De la conduite à tenir dans un cas d'empoisonnement par l'aconitine.* — **Société médicale d'Amiens** (2 avril 1890). — II. *Antagonisme de la morphine et de l'atropine.* — **Société nationale de médecine de Lyon** (9 juin 1890). — III. *Des difficultés du diagnostic de la paralysie générale.* — **Société médicale de Reims** (2 avril 1890). — IV. *Un cas de grossesse extra-utérine tubo-abdominale.*

I. De la conduite à tenir dans un cas d'empoisonnement par l'aconitine. — Il n'est point rare, on le sait bien, d'éprouver du picotement de la langue, des palpitations cardiaques et d'autres troubles de la motilité ou de la sensibilité après l'ingestion de l'aconitine. Ce sont des symptômes d'une intoxication dans laquelle la susceptibilité individuelle intervient.

Quand ils sont violents, comme chez ce malade dont M. BERNARD a rapporté l'observation, quelle conduite doit-on tenir?

Le malade avait ingéré six pilules de Moussette pour calmer une névralgie faciale. Il était sans pouls et sans respiration ; ses pupilles ne réagissaient plus à la lumière. Il fallait intervenir : M. Bernard pratiqua quatre injections sous-cutanées de quatre centigrammes de morphine chacune. L'engourdissement de la langue disparut ; les sueurs froides cessèrent. Le malade reprit connaissance. Pour compléter le traitement, il prescrivit le tannin et l'iodure de potassium, qui firent disparaître, après quarante-huit heures seulement, les troubles de la sensibilité, les fourmillements aux extrémités des doigts et l'engourdissement des lèvres.

On ne saurait en effet trop signaler les bons effets de la caféine, pour relever l'énergie cardiaque affaiblie par l'atropine et comme médicament vasculaire. La conduite de M. Bernard est à imiter dans des cas semblables.

II. Antagonisme de la morphine et de l'atropine. — Il s'agit ici d'un phénomène physiologique dont, à coup sûr, on ne

Digitized by Google

saurait proclamer la nouveauté. Cependant, on doit le reconnaître, la conduite de notre estimé confrère du Tréport, M. Lemaire, mériterait, à l'occasion, d'être suivie.

Une femme prend, sous l'influence d'idées délirantes, une injection d'eau glacée à la fin de la période menstruelle. Elle éprouve de vives douleurs et, pour la soulager, M. Lemaire pratique, à 10 heures du matin, des injections de chlorhydrate de morphine de deux centigrammes, qu'il doit multiplier et qui procurent une légère somnolence entre les crises. A 6 heures du soir, vingt centigrammes ont été administrés; la malade est beaucoup plus calme, mais a encore de fortes douleurs. A 8 heures, nouvelle injection de deux centigrammes. Dans le courant de la nuit, six nouvelles injections d'un centigramme. Somme toute, de 10 heures du matin à 3 heures de la nuit, vingt-huit centigrammes ont été administrés en injections hypodermiques.

Le lendemain, à 10 heures du matin, la malade va mieux, mais se plaint d'un grand mal de tête, se trouve abrutie, voit à peine; les pupilles sont ponctiformes. Il y avait du morphinisme, et notre confrère pratiqua, pour le combattre, une injection de deux milligrammes et demi de sulfate neutre d'atropine; dix minutes après, le malaise occasionné par la morphine diminue et les pupilles s'élargissent.

L'effet presque instantané de l'atropine montre une fois de plus l'antagonisme qui existe entre ces deux médicaments. Il est nécessaire de se le rappeler en cas d'empoisonnement par l'un ou l'autre de ces alcaloïdes.

III. **Des difficultés du diagnostic de la paralysie générale.** — Cette question est d'autant plus intéressante que d'ordinaire on considère ce diagnostic comme aisé. MM. Taty et Belocs démontrent cette erreur par des observations dans lesquelles la marche de la maladie a démenti le diagnostic initial.

Le syndrome paralytique était complet : troubles de la parole inégalité pupillaire, tremblements fibrillaires de la langue, des lèvres avant l'émission des mots, des membres dans la marche; puis délire hypochondriaque, mégalomaniaque et micromaniaque.

Fallait-il réserver le diagnostic et le pronostic? Oui, parce qu'il existait des antécédents héréditaires et que, de l'avis judicieux des observateurs lyonnais, on ne doit accepter le syndrome paralytique qu'avec prudence, quand on l'observe chez un héréditaire vésanique ou un sujet atteint de symptômes hystériques tabétiques, alcooliques ou syphilitiques. L'autopsie a justifié souvent cette réserve, en permettant de constater l'absence des lésions habituelles de la méningo-encéphalite chez des malades en apparence nettement paralytiques.

Nous ajouterons que, selon l'expression de M. Pierret, il y aurait peut-être lieu de faire des distinctions dans le syndrome de la paralysie générale : ce serait le moyen de rendre les erreurs de diagnostic plus exceptionnelles.

IV. **Un cas de grossesse extra-utérine tubo-abdominale.** — On sait que cette variété de grossesse extra-utérine est fort rare. On en a signalé quelques cas seulement, celui-ci fait honneur à la sagacité clinique de M. le Dr Lamiable et à l'habileté opératoire de M. Doyen.

Une femme de quarante ans devint enceinte dix-sept ans après une première grossesse, et M. Lamiable reconnut la nature extra-utérine de cette seconde grossesse. Vers le terme normal de sa terminaison, il y eut des vomissements, des douleurs abdominales vives, puis tout se calma, le ventre diminua. Deux mois après, nouveaux accidents et irritation péritonéale. M. Doyen pratique une laparotomie.

Incision médiane : le kyste fœtal est mis à nu; il est dépourvu de paroi propre en arrière; point d'adhérences solides le séparant des autres viscères. Extraction de ce fœtus; toilette péritonéale et irrigation antiseptique minutieuse. Malgré des traces de péritonite et l'impossibilité d'extraire le placenta enkysté dans la trompe droite, la guérison est obtenue.

Ce résultat fait honneur à nos confrères rémois ; mais le succès n'est point le seul intérêt que ce cas présente. Il s'agissait d'une grossesse primitivement tubaire et secondairement abdominale ; la rupture de l'œuf ayant eu lieu vers le quatrième mois au milieu du pavillon sur lequel le placenta resta greffé. Le fœtus s'étant développé au contact des viscères abdominaux, les phénomènes irritatifs ne se manifestèrent que tardivement; ce qui prouve la tolérance péritonéale vis-à-vis d'un fœtus parfaitement aseptique. K. D.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 juin 1890
Présidence de M. le Dr Dumontpallier

Traitement de la diarrhée par l'acide lactique. — M. Hayem a continué ses recherches sur l'action physiologique et thérapeutique de l'acide lactique, depuis la publication de sa première note sur la diarrhée des enfants. Il paraît se former dans l'estomac et dans l'intestin pendant le travail de la digestion, de même qu'on peut en constater la présence *in vitro* dans les digestions artificielles. Il existe donc en faible proportion dans le tube digestif, mais son rôle n'est pas encore élucidé dans la digestion normale. M. Hayem pense qu'il exerce, comme l'acide chlorhydrique, une action antifermentescible. Absorbé dans l'intestin, il pénètre dans le sang combiné avec les alcalis, où il est ensuite décomposé. S'il est administré à haute dose, on le retrouve dans les urines.

Cet acide est, en effet, bien supporté par l'appareil digestif; aux doses de 10 à 15 grammes par jour, il ne détermine pas d'éructations, de vomissements, ni de diarrhée, ainsi que cela avait été signalé. M. Hayem le prescrit sous forme de limonade ainsi formulée :

Acide lactique.....	10 à 15 gr.
Sirop de sucre.....	200 gr.
Eau.....	800 gr.

à prendre par demi-verre dans les 24 heures, en dehors des repas. Cette préparation lui a donné les meilleurs résultats dans presque toutes les formes de diarrhées. Chez les tuberculeux, il associe quelquefois le képhir à la dose d'une ou deux bouteilles par jour. Il l'a employée également avec succès dans les diarrhées typhiques. Il est parvenu à guérir par cette méthode plusieurs cas de diarrhée chronique chez des dyspeptiques hypoacides. Enfin, les succès qu'il a obtenus dans le choléra sporadique lui font penser que l'acide lactique devra être essayé dans le traitement du choléra asiatique, aux doses de 10 à 20 gr. dans les 24 heures.

Automatisme comitial ambulatoire. — MM. Chantemesse et Widal présentent un malade âgé de 40 ans environ, atteint d'absences et de déambulations épileptiques. Antécédents héréditaires névropathiques très nets. Jusqu'à 14 ans il urine au lit; il est triste, insociable. Employé d'octroi, après un chagrin très vif il quitte son poste et marche pendant trois jours sans savoir où il allait. Lorsqu'il est arrêté par la police, il a complètement perdu le souvenir de son existence antérieure; il est conduit à Sainte-Anne, et ne reprend possession de lui-même qu'après une absence de 20 jours. Depuis, il a eu de nouveaux accès, mais d'une durée de quelques heures seulement. Ils sont en général précédés d'une aura avec sensation de martellement dans les yeux ; son intelligence devient plus vive, puis la crise éclate quelquefois bruyante; il crie, brise les objets qui l'entourent, et devient dangereux. Il a une absence complète du sentiment, et ne s'aperçoit qu'il a été malade, que parce qu'il n'a pas acheté le journal du jour. De

Digitized by Google

plus il présente des stigmates d'hystérie : rétrécissement du champ visuel, zones d'anesthésie sur les membres inférieurs, asphyxie locale des extrémités, angine de poitrine hystérique. Sous l'influence du bromure de potassium à haute dose 4 et 6 gr. par jour, les accidents épileptiques ont complètement disparu.

M. Dupouchel fait remarquer l'importance qu'il y a à divulguer ces faits au point de vue du service militaire. Les hommes qui sont atteints d'absences comitiales pourraient encourir les pénalités les plus graves s'ils n'étaient reconnus malades.

Asphyxie par les vapeurs de charbon. — M. Laveran rapporte l'observation d'un soldat qui, dans la nuit du 13 au 14 mai, tenta de s'asphyxier par les vapeurs de charbon. Le lendemain matin, il fut trouvé dans un cabinet d'hôtel clos de toutes parts, gisant inanimé à côté d'un réchaud. On le transporta immédiatement à l'hôpital, sans qu'on eût pratiqué la respiration artificielle. L'homme était dans une stupeur profonde, la face violacée, le cou tuméfié. Il existait de l'emphysème sous-cutané de la partie supérieure et antérieure du tronc. La respiration était fréquente. Les inhalations d'oxygène et les injections d'éther amenèrent une amélioration notable. Le 15, la prostration était encore très accentuée; l'emphysème s'était étendu à la paroi abdominale jusqu'aux bourses. Il n'existait aucune trace de blessure ni de fracture de côte.

L'examen spectroscopique permit de constater une absence complète d'oxyde de carbone dans le sang. On sait, en effet, que ce gaz disparaît du sang au bout de 5 à 6 heures. Or, cet examen fut pratiqué 36 heures après l'empoisonnement. Au bout de dix jours, l'emphysème disparut à son tour, mais le malade a conservé depuis lors une amnésie complète et un abaissement considérable de l'intelligence. Il ne conserve pas le souvenir des actes qu'il vient d'accomplir. Cette amnésie avait déjà été signalée en pareil cas par M. Magnan. Il n'existe ni paralysies, ni troubles de la sensibilité. M. Laveran explique l'emphysème sous-cutané par la rupture d'alvéoles pulmonaires superficielles sous l'influence des accès de suffocation au début de l'asphyxie.

Traitement de la pneumonie grave par les bains froids, par M. Barth. — Ce traitement, peu accepté en France, n'est cependant pas nouveau; depuis trente ans il est employé d'une manière scientifique par les médecins allemands et suisses. M. Barth présente des documents nouveaux, de nature, dit-il, à faire reviser le procès de la méthode de Brandt, appliquée au traitement de la pneumonie. Il a soigné de la sorte sept malades de différents âges, atteints de pneumonies graves, avec hyperthermie, menaces d'asphyxie, troubles cardiaques, accidents adynamiques. Les bains ont été donnés toutes les trois heures environ, avec température de 18° à 24°, selon les cas. Pour éviter les syncopes, on pratiquait, avant l'immersion, une injection de caféine, et après le bain une injection d'éther. Tous ces malades ont guéri, l'évolution de la pneumonie a été plus rapide, aucune complication n'est survenue. M. Barth considère comme contre-indiquant cette méthode l'athérome, la sclérose du cœur et des vaisseaux, certaines affections cérébrales.

Dr H. Marciguey.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 juin 1890.

Présidence de M. le Dr Nicaise

Traitement de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie. — M. Routier. Un certain nombre de laparotomies ont été rapportées comme ayant été faites pour des péritonites tuberculeuses, à la suite d'erreurs de diagnostic. Quoique les examens histologiques n'aient pas été pratiqués, pour plusieurs de ces cas, la nature tuberculeuse des lésions du péritoine n'était pas douteuse. Des suivies de plusieurs années ont été signalées après ces opérations : les malades sont morts non par lésions péritonéales, mais par le progrès de l'affection pulmonaire. Chez une malade même, la laparotomie amena une guérison radicale de la péritonite. Il semble donc rationnel d'employer cette opération comme traitement de la péritonite tuberculeuse.

M. Schwartz rapporte un fait personnel qui montre bien l'utilité de cette intervention.

Il s'agit d'une femme de quarante-quatre ans, chez laquelle il avait diagnostiqué cette variété de péritonite. Son état était fort alarmant : des vomissements incessants, un commencement d'anurie mettaient l'existence en danger. Il fit la laparotomie de parti pris et le lavage de l'abdomen. Deux jours après la malade rendait un litre et demi d'urines, le taux de l'urée montait de 0 à 20 gr., quatre mois après on dut pratiquer une ponction pour évacuer le liquide reproduit, depuis lors — il y a six semaines — la guérison s'est maintenue.

Traitement du torticolis musculaire par la ténotomie à ciel ouvert. — M. Kirmisson rend compte d'une opération pratiquée par M. Phocas, de Lille, sur un enfant de six ans, pour un torticolis musculaire ancien. M. Phocas sectionna à ciel ouvert le faisceau sternal du muscle sterno-mastoïdien rétracté, et put immédiatement corriger la déviation qu'il maintint réduite par l'appareil de Sayre. La guérison s'est maintenue. M. Kirmisson fait remarquer que depuis quelques années, grâce aux progrès de la méthode antiseptique, on semble abandonner la ténotomie sous-cutanée pour la pratiquer à ciel ouvert. Celle-ci met à l'abri de la blessure des veines profondes, de l'infection purulente, et permet, en outre, au chirurgien, de mieux se rendre compte de ce qu'il fait.

M. Berger. La ténotomie à ciel ouvert, qui laisse une cicatrice indélébile, présente un grand inconvénient surtout chez les jeunes filles ; elle doit être réservée aux cas graves, quand de larges sections deviennent nécessaires. L'ancienne méthode, bien employée, ne présente pas les inconvénients qu'on lui reproche.

Statistiques d'ovariotomies. — M. Terrillon donne la statistique des ovariotomies qu'il a pratiquées depuis huit années et dont le nombre s'élève à 200. Il les divise par moitié en deux séries : dans la première 1 a eu 12 décès et 4 dans la seconde. Il attribue ce dernier résultat au lavage de la cavité abdominale avec l'eau bouillie et à l'asepsie complète des instruments et des mains du chirurgien et de ses aides.

H. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er juillet 1890

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

Présentations. — Dr Garnier : la Folie à Paris. — Dr Leudet : Mortalité des enfants. — Dr Nyon : Analyse de suc gastrique et indications thérapeutiques. — Dr Thierry : De la tuberculose chirurgicale. — Dr Labrosse : De l'influenza. — Dr Percepied ; Recherches sur l'action physiologique des eaux du Mont-Dore. — Dr Ollivier : Etudes d'hygiène publique.

M. le Dr Rochard lit un rapport sur un travail de M. le Dr Bertrand sur le frottement périhépatique.

M. le Dr Panas présente des thermo-cautères très fins pour l'usage ophthalmologique.

M. le Dr Ledouble (de Tours) présente un cas d'anomalie musculaire et un cas d'anomalie artérielle.

Mécanisme et prophylaxie des accidents chloroformiques. — M. F. Franck continue sa communication. Il étudie les accidents de la période d'excitation. Au début de l'absorp-

Digitized by Google

tion du chloroforme, il y a une excitation en masse des centres nerveux. Quand le chloroforme agit encore comme excitant, toute autre excitation fait produire des accidents d'inhibition centrale (arrêt de la respiration) et un arrêt reflexe du cœur. L'irritation de la peau ou des muqueuses vient alors ajouter son excitation à celle du chloroforme. Quand la période d'excitation touche à sa fin, il y a cependant une phase pendant laquelle, avant l'anesthésie complète, il y a une période dangereuse.

Pour supprimer la période d'excitation ou la diminuer, pour rendre les centres nerveux moins impressionnables, on peut recourir à la morphine. On a vu plus haut ses inconvénients; mais, avec une surveillance active, on peut la prévenir. Quand la respiration se ralentit ou s'arrête, on a recours à la respiration artificielle. La morphine à petites doses est indiquée pour les opérations portant sur des tissus très nuisibles On peut encore faire faire des inhalations d'éther pour recourir au chloroforme. Il faut toujours attendre, avant d'opérer, que l'anesthésie soit complète. On peut aussi avoir recours à la cocaine ou au styrage. La période d'excitation franchie, la respiration continue si la dose tolérable du chloroforme n'est pas dépassée. Au début de la période d'excitation la pupille commence à se dilater. Elle reste dilatée pendant cette période et elle se contracte quand l'anesthésie commence. C'est donc un bon guide. Si elle vient à se dilater, il faut veiller, car il y a danger.

La période d'intoxication commence dès que le chloroforme a pénétré dans le sang. Le cœur est empoisonné par le sang qui circule dans ses parois. Les troubles respiratoires n'ont pas d'influence sur lui. L'action toxique du chloroforme paraît s'exercer sur la fibre musculaire du cœur elle-même. L'arrêt toxique du cœur n'est pas complet et total d'emblée, d'où nécessité de surveiller le pouls. Plus le myocarde est résistant, moins le chloroforme est dangereux pour le cœur.

Pour combattre les accidents du chloroforme, la respiration artificielle est un moyen héroïque dans la syncope reflexe du début et dans la suspension de la respiration qu'on observe postérieurement. Il n'y a qu'un seul bon procédé de respiration artificielle, c'est l'insufflation pulmonaire. Le procédé par manœuvres externes peut suffir dans les cas légers; mais, quand il y a intoxication chloroformique, ce procédé est insuffisant. Il faut se servir d'une sonde et d'un soufflet à pédale, et insuffler de l'air dans le poumon. Au besoin, on peut faire la trachéotomie.

Quant à la faradisation, elle est dangereuse tant que le chloroforme n'a pas rendu inexcitables les nerfs d'arrêt du cœur. Quand la respiration est éteinte et le cœur menacé, elle n'est plus aussi dangereuse, mais elle est inefficace.

M. Le Fort. — Si on peut quelquefois conclure de l'animal à l'homme, c'est peut-être dans la chloroformisation qu'on peut le moins établir une analogie entre les deux Nous avons une expérience suffisante du chloroforme chez l'homme. Pour ce qui est du danger de l'accumulation des doses de chloroforme chez l'homme, nous savons que précisément quand l'opération a une longue durée et que le malade est endormi depuis un quart d'heure, nous pouvons continuer sans crainte. Il n'y a pas d'accidents à redouter. On ne peut donc pas tirer la déduction de la physiologie à la pathologie. On perd des malades, quoi qu'on fasse, et on aura toujours des malheurs. Il se produit chez l'homme des accidents qu'on ne peut reproduire chez l'animal. La plus grande partie des cas malheureux ont pour cause la frayeur ressentie par le malade, d'où la nécessité de ne pas toucher au champ opératoire avant l'anesthésie complète. M. Le Fort ne connaît qu'un seul cas où la mort a eu lieu par reflexe nasal. En résumé, tout ce qu'on a dit, on le sait depuis longtemps.

F. R.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A M. le Ministre de l'Instruction publique. — Les réformes de l'enseignement médical devant les Facultés. — Le baccalauréat médical. — L'enseignement des sciences accessoires.

Il y a, dans le gouvernement, un haut dignitaire qui se trouve actuellement dans un grand embarras : c'est M. le Ministre de l'Instruction publique.

Dernièrement, à Montpellier, pendant les fêtes du Centenaire, il annonçait l'avènement légal et prochain des Universités régionales. Les gens de Montpellier se dirent joyeusement : « Allons, nous tenons enfin *notre* » *Université* ; c'est M. Bourgeois qui nous l'a promise. » Nous la posséderons bientôt. »

Depuis ce jour et ce discours, voici que Marseille réclame et que Toulouse revendique. Au lieu d'une Université méridionale, il faudrait donc en créer trois !

Ah ! M. Bourgeois, comme il est difficile, lorsque l'on est au ministère, de contenter tout le monde et son père !

***

Au Sénat, l'autre jour, vous reconnaissiez l'urgence de modifier les programmes de l'enseignement secondaire et vous vous faisiez l'avocat d'une opinion professée par la majorité des grands et surtout des petits Français.

Nous autres médecins, pères et électeurs, nous plaidons depuis longtemps cette cause en réclamant contre le surmenage intellectuel, un mal que nos enfants subissent, et contre le surmenage physique, un autre mal dont on les menace.

Un mal ne suffisait pas ; on en ajoute un second par l'abus déjà menaçant de certains jeux scolaires.

Nous avions donc applaudi votre discours et nous nous disions, nous aussi : « Enfin, la partie est gagnée ; » le Ministre est avec nous. On allègera les pro- » grammes. C'est la guerre au surmenage ». Eh bien ! Non.

Les orateurs qui, dans le Sénat, tiennent le rôle de pères conscrits de l'Université, ont pris la parole.

La querelle des classiques contre les utilitaires a recommencé : Pindare et Homère ont eu leur revanche, ce qui, d'ailleurs, leur était facile.

Et puis, c'est là une vieille querelle ; on la renouvelle comme cela périodiquement. Je crois même savoir, — n'est ce pas, Monsieur le Ministre ? — qu'elle recommence de temps en temps dans les Conseils universitaires. En manière de passe-temps, elle offre à chacun le moyen de plaider pour le saint qu'il adore.

***

Nous aussi, dans notre corps médical enseignant, nous avons des classiques et des utilitaires. Quand il s'agit de réformer, tout le monde, en principe, est d'accord ; plus de classiques, plus d'utilitaires : tous réformateurs.

Faut-il mettre une réforme en pratique, simplifier l'enseignement ? Alors, c'est tout différent ; plus de réformateurs : ici, des classiques ; là, des utilitaires.

Voyez-vous, Monsieur le Ministre, d'une autre ma-

Digitized by Google

nière, c'est comme pour la création d'une Université réglonale. En principe, tous les Provençaux approuvent ; en fait, chacun refuse au voisin le droit d'obtenir ce titre. Plus de Provençaux ; des Marseillais d'un côté, des Toulousains, des Montpelliérains de l'autre.

En voulez-vous la preuve? La voici, à propos de votre récente circulaire aux Facultés de médecine.

Votre lettre ministérielle formulait longuement des améliorations urgentes :

« A la fin de la seconde ou de la rhétorique, écriviez-vous, les futurs étudiants en médecine pourraient utilement subir un examen littéraire, autrement dit un baccalauréat ès lettres, suivant un programme déterminé et spécial.

» Possesseur de ce diplôme, le futur étudiant s'inscrirait près d'une Faculté des sciences pour y compléter son éducation scientifique et, à la fin de l'année, y subir un examen d'aptitude scientifique qui, définitivement, lui ouvrirait les portes des Facultés de médecine. »

L'adoption de ces réformes aurait pour conséquences :

1° D'abréger d'une année le séjour au lycée ;

2° De supprimer le baccalauréat ès science restreint ;

3° De remplacer l'année scolaire, dite de philosophie, par un stage d'un an dans une Faculté des sciences ;

4° De faire commencer une année plus tôt l'étude de la médecine en ne sacrifiant plus les deux premiers semestres à s'initier tant bien que mal aux sciences dites accessoires ;

5° De faire disparaître ou de transformer les chaires professorales attribuées à l'enseignement de ces sciences;

6° De rendre la loi militaire moins pesante pour les étudiants en médecine et moins préjudiciable aux études médicales.

Votre projet, Monsieur le Ministre, est de loyale franchise. Il va droit au but; et, pour le proposer, il fallait une courageuse hardiesse après l'échec que l'un de vos prédécesseurs éprouva il y a quelques années en soumettant un projet semblable au Conseil général des Facultés.

Depuis, il est vrai, les résistances semblent s'atténuer sous la pression de l'opinion publique et voici, me dit-on, qu'en pratique toutes les Facultés acceptent une partie des réformes que vous voulez réaliser et qu'elles firent échouer naguère.

Toutes verront sans regret, affirment-elles, disparaître le baccalauréat ès science restreint.

Toutes approuvent, paraît-il, la suppression de la classe de philosophie pour les candidats aux études de médecine. C'est une défaite pour la métaphysique ; rien de plus, rien de moins, et la médecine n'aura rien à perdre à cette suppression.

***

Votre circulaire soulevait un point délicat pour les consciences universitaires, celui de savoir *comment*, et surtout *où* on distribuerait à l'avenir l'enseignement scientifique compensateur du baccalauréat disparu?

Serait-ce dans les Facultés des sciences? Oui, de l'avis des professeurs de Montpellier et de Nancy.

Au lycée? Ceux de Lyon préféreraient cet arrangement, à la condition d'avoir le droit de faire subir aux candidats en médecine un examen spécial.

Les Lillois et les Bordelais sont plus intransigeants. Ils revendiquent leurs privilèges, refusent le concours des Facultés des Sciences et demandent le maintien, dans les Facultés de Médecine, de l'enseignement magistral de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle médicale. Vous le voyez les Facultés des départements ne sont point d'accord !

Et la Faculté de Paris? Elle ne s'est pas prononcée. Un de mes confrères de la presse médicale, la *Gazette des Hôpitaux*, estime que « cela se comprend parce « qu'elle tient à ménager les droits acquis et hésite à se « désintéresser absolument de ses futurs étudiants. » « Et puis, on dit tout bas que l'esprit de réforme n'est « point chez elle le souverain maître. »

Est-ce vrai? Je ne saurais le dire : en tout cas, si ce mal existait, ne pensez-vous pas, M. le Ministre, qu'il serait temps d'y porter remède.

***

Il paraît que les avocats déclarés de l'enseignement des sciences accessoires se préparent à en démontrer la nécessité devant le Conseil général des Facultés. Votre projet ne le supprime pas cependant ; ce qui serait fâcheux ; il ne le conserve point non plus tel qu'il existe, ce qui serait plus fâcheux encore. Il le *transforme*, c'est plus sage, et le *restitue*, c'est plus logique, aux Facultés des Sciences.

On est donc d'accord sur la suppression du baccalauréat ès sciences restreint et sur la création d'un baccalauréat ès lettres médical. C'est le principe de la réforme. On ne l'est point sur la réorganisation de l'enseignement des sciences dites accessoires ! Eh bien ! *Summum jus, summa injuria !* Les Facultés ne peuvent et ne devraient pas être juges et partis dans une affaire où leurs membres sont personnellement intéressés.

Au Conseil Supérieur de se prononcer en faveur des Facultés des Sciences et, moyen de transaction, de recommander à ces dernières l'institution de conférences vraiment pratiques sur les applications des sciences accessoires ; ces cours auraient le double avantage de préparer sérieusement les candidats à l'examen d'admissibilité aux études médicales et de ne point laisser en disponibilité, — voilà où gît la difficulté, — « les titulaires des droits acquis. »

Cette œuvre, M. le Ministre, est urgente. En la réalisant, vous restituerez à chaque Faculté ce qui légitimement lui revient. Vous établirez entre les Facultés de médecine et les Facultés des Sciences — une « de ces jointures » — qui seront, dit-on, la force des futures Universités ; vous allégerez les programmes ; enfin, n'en déplaise à ces injustes adversaires qui vous accusent de « décapiter l'enseignement médical » vous recevrez, croyez moi, des étudiants, des médecins et de la postérité, un surnom plus doux que celui de « *Bourgeois le guillotineur.* »

CH. ELOY.

Digitized by Google

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

Le premier examen de doctorat et les sciences accessoires. — On lisait dans la *Gazette des Hôpitaux* du 16 juin dernier :

« Sans doute, ces sciences, nécessaires au point de vue de la médecine pure, sont la base des études médicales ; mais, en réalité, ces notions indispensables ne manquent pas à l'étudiant. Il a, au lycée, dans ses études secondaires, suivi des cours de physique, de chimie, d'histoire naturelle ; il a même, avant d'être admis à s'inscrire devant la Faculté, subi un examen spécial, le baccalauréat ès sciences restreint. Or, sa première année d'étude médicale n'est que la répétition de sa dernière année de collège. Son premier examen de doctorat n'est guère différent de celui qu'il a subi devant la Faculté des sciences. Il en résulte que, conscient du peu d'importance de cette première année, il néglige ce qu'il devrait étudier.

» Parcourez les dossiers des élèves de nos Facultés françaises, et vous constaterez fréquemment que des étudiants, devenus brillants dans la suite se sont heurtés plusieurs fois devant cet examen qui les a quelquefois arrêtés.

» En fait, il n'est guère possible à un élève, même studieux, même convaincu de l'importance de cette partie de ses études médicales, d'arriver à posséder tout son programme. Les travaux pratiques, qu'on l'oblige à suivre, ont-ils toute l'utilité qu'on leur attribue ; portent-ils toujours sur des points exclusivement médicaux des sciences nécessaires ? »

La décapitation de l'enseignement médical. — Autre cloche, autre son !

Sous la rubrique sensationnelle : *Pereat et Scientia*, et dans un article signé d'un X, le *Progrès médical* du 28 juin 1890 publie les lignes suivantes :

« Pour réparer les fautes commises par l'enseignement secondaire, on songe à *décapiter* l'enseignement supérieur, en particulier l'enseignement médical.

» Nous venons de prononcer le grand mot de *décapitation*. Certains de nos confrères trouveront sans doute que nous prenons les choses au tragique, eux qui n'ont pas assez d'éloges à décerner au projet ministériel et qui crient anathème sur les sciences dites accessoires.

. . . . . .

» Les sciences dites accessoires ne sont point, en médecine, un bagage inutile, et le temps qu'on leur consacre n'est point du temps perdu. Entre la médecine, d'une part, la physique, la chimie et l'histoire naturelle, d'autre part, il y a un échange si constant et si intime de services mutuels qu'on ne saurait, sans encourir la plus grave responsabilité, songer à les séparer les unes des autres ; ce sont, qu'on nous permette cette comparaison, deux frères siamois intimement et définitivement soudés l'un à l'autre ; la douleur que l'un éprouve est aussi ressentie par son frère : les séparer l'un de l'autre, c'est les saigner à blanc et les condamner, sinon à la mort, du moins à une existence misérable. »

Sous ce discret anonymat, serait-ce donc la réponse que le berger fait à la bergère ? Ch. E.

NOUVELLES SANITAIRES

FRANCE

Les mesures prophylactiques contre le choléra. — Jusqu'à présent et contrairement à des bruits que l'on a fait courir ; aucun cas de choléra n'a été observé ni à Paris, ni à Lyon, ni à Carcassonne comme on l'annonçait bien à tort.

Durant cette semaine, des postes sanitaires ont été installés sur les routes de terre à Fos sur la route de Toulouse en Espagne, à Béhobie et à Perthus. Enfin, on cherche à empêcher les voyageurs de se soustraire à la visite médicale en quittant le chemin de fer à Irun pour gagner Hendaye par la voie de terre.

ÉTRANGER

Espagne — **L'épidémie cholérique de 1890.** — Le choléra est toujours cantonné dans les environs et dans la province de Valence où il faut ajouter à la liste des localités contaminées : les noms de Gandia, Réal, Enova, Barcheta, Benignonim et Fenolet.

On a signalé un cas à Mataro en Catalogne.

Portugal. — D'après les informations de ce jour, un décès cholérique a été constaté à Regoa, sur le Douro. L'autorité vient de prescrire des mesures de désinfection. Une surveillance sanitaire est établie à Porto.

INFORMATIONS

ÉTRANGER

Autriche. — **Le musée d'hygiène industrielle de Vienne.** Ce musée a été fondé et vient d'être ouvert sous les auspices du Ministre du commerce. Il a pour objet de montrer les meilleurs engins à employer dans les ateliers et les meilleures dispositions pour protéger les ouvriers des manufactures contre les accidents industriels. Le nombre de ces derniers est considérable en Autriche où pendant la période écoulée entre les années 1884 et 1890 les inspecteurs en ont signalé 14,236 dont 1240 suivis de mort.

Allemagne. — **L'aliénation mentale en Allemagne.** Le 1er janvier 1881 on comptait 34,270 aliénés dans les asiles, le 1er janvier 1886 ce nombre était de 42,669, soit une augmentation quinquennale de 24,5 pour cent. A Berlin : ce nombre s'est élevé de 1582 en 1883 à 2528 en 1889, soit un accroissement de 59,79 pour cent Pendant cette période l'augmentation de la population n'a été cependant que de 22,49 pour cent.

Espagne. — **L'épidémie de fièvre jaune à Malaga.** Le premier cas a été observé le 25 mars à l'asile San Bartolome après le débarquement de la cargaison du *Fernand Cortès*, arrivé le 22 de la Nouvelle Orléans ; jusqu'à présent les seules victimes signalées appartiennent au personnel de l'asile. Toutefois, d'après d'autres renseignements, il s'agirait de la fièvre typhoïde.

La salubrité publique à Valence. Cette ville, qui devient fameuse par ses épidémies, a-t-elle été assainie depuis quelques années ? Non, écrit notre correspondant. Les égouts, dans les rues où ils existent, datent du temps des Maures, sont des canaux larges de seize pieds à peine et dont la pente ne dépasse point 3 pour 1000. Sous ce climat où les pluies sont relativement rares, leur nettoyage est exceptionnel et les boues les obstruent souvent.

Même insalubrité des maisons. Pendant la dernière épidémie, on a constaté que nombre de chambres à coucher sont dépourvues de croisée et éclairées ou aérées sur d'autres pièces. Même insouciance à l'égard des cabinets d'aisance qui, trop souvent, communiquent avec les cuisines et ne possèdent aucun moyen de ventilation. Après la dernière épidemie, on créa un bureau d'hygiène ? A-t-il jamais fonctionné. La commune est pauvre comme nombre de communes espagnoles.

Vraiment, sans intervenir dans les affaires intérieures d'un pays voisin, on peut s'associer aux réflexions de notre correspondant et regretter avec lui le danger international résultant de la tolérance des autorités espagnoles.

Suisse. — **Statistique du corps médical helvétique.** D'après le recensement dernier, il existait, au 1er janvier 1890, le nombre relativement élevé de 1530 médecins, dont 10 du sexe féminin, exerçant sur le territoire de la Confédération ; on en comptait : 217 dans le canton de Zurich, 204 dans celui de Berne, 140 dans celui de Vaud, 125 dans celui de Saint-Gall et 105 dans celui de Genève. Il existait, à cette date, 459 pharmaciens et 3,095 sages-femmes.

Digitized by Google

NOUVELLES MILITAIRES

Nominations dans le corps de santé militaire. — (Armée territoriale). *Au grade de médecin principal de 2e classe* : MM. Weill et Servent, médecins princip. de 2e cl. de l'armée active retraités.

Au grade de médecin-major de 1re classe. : MM. d'Hennezel, Thierry et Boucher, médecins-majors de 1re classe de l'armée active, retraités.

Au grade de médecin-major de 2e classe : M. Guillemot, médecin-major de 2e classe de l'armée active, retraité.

Nominations dans le corps de santé de la marine. — (Activité). *A l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe* : M. le Dr Conon.

(Réserve). *Au grade de médecin de 2e classe* : M. le Dr Camus, médecin de 2e classe en retraite.

VARIÉTÉS

Hygiène et hygrométrie. — *Un baromètre chimique.*—On connaît la propriété de changer de couleur à l'humidité, que les sels de cobalt et de nickel possèdent. M. Rueckert propose de l'utiliser comme un indicateur barométrique.

A cet effet, il enduit des feuilles de verre ou de papier avec l'une des solutions suivantes :

Solution bleue.

Chlorure de cobalt.....	1	partie,
Gélatine.....	10	—
Eau	100	—

Solution jaune.

Chlorure de cuivre.....	1	partie.
Gélatine.....	10	—
Eau.....	100	—

Ou bien encore.

Solution grise.

Chlorure de cobalt.....	1	partie.
Gélatine.....	20	—
Eau.....	200	—
Oxyde de nickel	75	—
Chlorure de cuivre.....	25	—

Les vitraux et les papiers ainsi préparés sont incolores quand l'atmosphère est humide. Ils se colorent quand celle-ci devient sèche.

Instructions sur la nécessité de détruire les crachats. — Notre confrère M. Armengaud les formule ainsi et les applique aux produits de l'expectoration dans *toutes les maladies* amenant la toux et l'expectoration :

I. Tout malade atteint ou venant d'être atteint d'une maladie des voies respiratoires donnant lieu à une expectoration plus ou moins abondante, doit éviter avec soin de cracher sur le sol des appartements, planchers, carreaux, tapis, etc.

II. Il doit même éviter, autant que possible, de cracher dans un mouchoir ou dans une serviette

III. Son expectoration devra être rejetée dans un crachoir *contenant une petite quantité d'eau* et non pas une substance pulvérulente.

IV. Le contenu du crachoir devra, chaque soir, après avoir été mêlé, *au dernier moment*, avec une substance pulvérulente facilement combustible (de la sciure de bois, par exemple), être jeté au feu et brûlé avec soin ou tout au moins être versé dans les fosses d'aisances, après avoir été plongé dans de l'eau bouillante additionnée de carbonate de soude (15 grammes par litre d'eau).

V. Le crachoir lui-même devra être plongé dans cette eau bouillante carbonatée et lavé avec grand soin.

VI. Quand le malade n'aura pu éviter de cracher dans un mouchoir, celui-ci devra, le jour même et avant d'être livré au blanchissage, être immergé durant quelques minutes dans l'eau bouillante carbonatée.

L'introduction du béri-béri au Brésil. — Tout dernièrement, M. le Dr Miranda Azevedo (de San-Paulo) a fait connaître de curieux détails sur l'importation de cette affection dans la République brésilienne, où naguère elle était inconnue. Jadis elle était confinée dans les provinces septentrionales, et ce n'est qu'après la guerre du Paraguay que l'on en observa des cas à Rio-de-Janeiro. En 1874, on la signalait à Bahia; en 1875, elle se propageait sur le littoral de Iguape à Santos. Ajoutons que M. Azevedo paraît accepter l'opinion d'après laquelle on attribue cette épidémie à l'usage du riz aux Indes, au Japon et aussi parmi les populations brésiliennes. Dans ce cas, elle serait d'origine parasitaire et due à un microorganisme vivant sur le riz.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

Clinique chirurgicale

Angle (H.-E.). — Fractures du corps du maxillaire et leur traitement (*The N.-Y. med. Record*, 31 mai 1890, p. 611).

Boldt. — Salpingo sophrectomie et ses résultats (*The med. Record*, 17 mai 1890, p. 545).

Bond (C.-J.). — Du traitement de l'hypertrophie des bourses par l'excision (*The Practitioner*, juin 1890, p. 440).

Briddon. — Ablation d'un large narévrome par excision (*The N.-Y. med. journal*, 10 mai 1890, p. 505).

Folet — Note sur les calculs vésicaux de l'adulte remontant à l'enfance (*Bulletin médical du Nord*, 21 avril 1890).

Lagrange (F.). — Du myome du corps ciliaire (*Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 4 mars 1890, p. 155).

Rodet et Courmont. — Sur les microbes de l'ostéomyélite aiguë juxta épiphysème (*Lyon médical*, 13 avril 1890).

Watson-Cheyne. — De la greffe cutanée (*The Practitioner*, juin 1890, p 401).

Clinique médicale

Cervello. — Emphysème pulmonaire par occlusion nasale (*La Riforma medica*, 21 mai 1890).

Chastenet. — Délire du toucher (*Arch. méd. psych.*, mars 1890, p. 393).

Delage. — Contribution à l'étude de la bronchite spasmodique (*Journal de méd. de Bordeaux*, 25 mai 1890).

Doutrebente. — Les persénités génitaux (*Arch. méd. psych.*, mai 1890, p. 370).

Dowd (Ch.). — De l'état du sang dans la chlorose (*The American journal, of. the med. sciences*, juin 1890).

Fox (Long). — Sur quelques points du traitement de la méningite cérébrale (*The American journal of. the med. sciences*, juin 1890).

AVIS. — L'administration de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* a l'honneur d'informer ses abonnés que toute demande d'un numéro qui n'aurait pas été reçu, par suite d'une erreur de poste, doit lui parvenir dans la quinzaine.

Après ce délai, chaque demande doit être accompagnée de la somme de *trente* centimes par exemplaire.

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE N° 28 9 JUILLET 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

COMITÉ DE RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

AVIS. — L'administration de la REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE prie MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire le 30 juin de vouloir bien lui faire parvenir, par mandat-poste, le renouvellement de leur abonnement pour éviter toute interruption dans la réception du journal.

REVUE GÉNÉRALE

La congestion pulmonaire idiopathique (1)

(MALADIE DE POTAIN)

La congestion pleuro-pulmonaire, telle que le décrivent M. Potain et son élève M. Duflocq (2), présente naturellement de nombreux points de contact avec la forme précédente : même invasion soudaine ou précédée de prodromes insignifiants, même apparition immédiate de la fièvre et du point de côté, même expectoration gommeuse. A l'exploration physique de la poitrine, on retrouve encore quelques phénomènes communs : il n'est pas rare de constater en arrière une submatité à limites diffuses et du skodisme en avant sous la clavicule ; les vibrations vocales sont atténuées ; l'oreille perçoit dans les formes légères un simple affaiblissement du murmure vésiculaire, et dans les formes graves, un souffle identique à celui de la congestion de Woillez, souffle hâtif, mobile, grave, siégeant de préférence au niveau de la racine des bronches. Mais il existe un autre signe sthéthoscopique, qui est spécial à la congestion pleuro-pulmonaire, et qui est connu depuis Bouillaud sous le nom de *crépitation pleurale*. Cette crépitation pleurale est constituée par des *bulles sèches*, toutes également *fines*, toutes également *superficielles*, qui s'entendent seulement *à l'inspiration*, et qui répondent assez bien à la comparaison classique d'une mèche de cheveux froissée entre les doigts. Aussi mobiles que le souffle dans leur distribution et dans leur durée, ces bulles prendraient naissance, d'après M. Potain, dans les vésicules sous pleurales qui participent à la fluxion ; elles se distinguent du râle crépitant de la pneumonie, dont les bulles, aussi fines, éclatent par bouffées à des profondeurs différentes, et n'ont pas toutes la même intensité ; elle se distinguent également du râle de l'œdème, dont les bulles sont plus grosses et plus humides, ainsi que du râle crépitant de retour, qui n'a pas non plus leur sécheresse et leur ténuité. Quant aux rapports du souffle et de la crépitation, aucune règle absolue ne les régit ; cette dernière en effet tantôt précède le souffle, tantôt l'accompagne et tantôt le suit ; elle peut même se manifester seule, ou se montrer à un endroit éloigné du souffle. La voix auscultée ne présente rien de particulier, si ce n'est lorsqu'il existe un léger épanchement pleural, auquel cas elle prend le timbre de la *broncho-égophonie*.

Avec de tels caractères, comment se comporte la pleuro-congestion ? D'une façon générale, son évolution paraît moins rapide que celle du type de Woillez, la période fébrile est plus longue ; la température ne tombe que progressivement, les signes physiques survivent assez longtemps à la défervescence. Aussi est-il difficile d'assigner une date précise à la durée de l'affection : dans certains cas, elle dure quatre jours ; dans d'autres, quarante et plus. Ici, en effet, deux éléments sont en jeu, la fluxion pulmonaire, d'une part, la fluxion pleurale, de l'autre. D'après M. Duflocq, la maladie est plus courte, lorsque la congestion du poumon domine, tandis qu'elle traîne en longueur quand c'est l'hyperhémie de la séreuse qui l'emporte. La fluxion pleurale peut même être assez vive pour provoquer la formation d'un épanchement ; d'ordinaire, cet épanchement n'est pas considérable ; mais le poumon, augmenté de densité, plonge au milieu du liquide, qui s'élève plus ou moins haut sous forme d'une lame mince étalée à la surface du viscère congestionné. Dans ces conditions, on peut être conduit par un examen superficiel, à admettre une grande abondance de liquide, alors qu'il n'y en a qu'une quantité minime ; on pratique une ponction et on ne retire rien ! Congestion pulmonaire et épanchement pleural sont donc des termes assez souvent corrélatifs et l'association fréquente de ces deux états a été parfaitement démontrée par M. Potain et son élève M. Serrand. La façon dont ils influent l'un sur l'autre est intéressante à considérer : si le liquide augmente, il comprime le poumon comme un bandage comprime un membre fluxionné (Laënnec), et cette compression diminue l'hyperhémie pulmonaire qui tend alors à rétrocéder. L'épanchement aurait donc une manière d'action curative sur la fluxion du poumon, et cette circonstance doit être prise en considération, lorsqu'il s'agit de pratiquer la thoracentèse ; d'autant plus que l'exsudat pleurétique finit lui-même par se résorber spontanément. Aussi le pronostic de la pleuro-congestion est-il bon d'une façon absolue, même lors-

(1) Voir *Rev. gén. de Clin. et de Thér.*, n° 25, 1890.

(2) Duflocq : *De la congestion pleuro-pulmonaire*. Paris, 1889.

Digitized by Google

qu'il se produit un peu de liquide; mais il faut ajouter, comme correctif, que la guérison se fait parfois attendre assez longtemps.

L'aspect de la congestion pulmonaire idiopathique n'est pas le même à tous les âges. Chez l'enfant par exemple elle présente quelques particularités qu'il n'est pas sans importance de signaler. On retrouve ici les deux types décrits chez l'adulte, celui de Woillez et celui de Potain. — La physionomie que revêt la première de ces formes est bien connue depuis les travaux de MM. Bergeron, Hirne (1) et Cadet de Gassicourt (2). L'affection débute avec la même brutalité que chez l'adulte; elle s'annonce souvent par des vomissements ou des convulsions. La fièvre s'allume en même temps et la température atteint aussitôt 40 à 41°. Il y a du délire et de l'oppression; la respiration s'accélère; les ailes du nez battent avec rapidité. Les signes physiques ne diffèrent pas de ceux observés à un âge plus avancé; Hamon (3) a vu le souffle prendre un timbre caverneux, qui pouvait faire croire à la tuberculose. Au bout de deux ou trois jours la fièvre tombe, et sa chute est souvent marquée par une poussée d'herpès labial; quant à la résolution complète, elle ne survient que quelques jours plus tard. Quelquefois il se fait plusieurs congestions successives, indiquées chacune par une recrudescence de la température. M. Cadet de Gassicourt a décrit une forme latente ou centrale, dans laquelle la fluxion siège vers les parties profondes de parenchyme: les signes physiques sont alors absents et la maladie est exclusivement caractérisée par les symptômes généraux: élévation de la température et brièveté de la marche. Du reste quelle que soit sa localisation, l'hyperhémie simple du jeune âge aboutit constamment à la guérison.

M. Duflocq a rapporté de son côté quelques cas de congestion pleuro-pulmonaire chez l'enfant. Ce qui les spécifie, c'est toujours l'intensité plus vive des phénomènes généraux; mais l'affection conserve sa bénignité habituelle. On peut cependant observer des récidives qui se répètent plusieurs années de suite et sensiblement à la même époque.

TOURNIER,
Interne en médecine des hôpitaux de Paris.

LE DIAGNOSTIC DES MALADIES

REVUE BI-MENSUELLE DES CLINIQUES DE FRANCE ET DE L'ÉTRANGER

Hôpital de la Charité (service de M. le Dr POTAIN) : I. *Le diagnostic précoce de l'aortite.* — **Hôpital Bichat** (service de M. le Dr H. HUCHARD) : II. *La dyspnée chez les cardiaques.* — **Hôpital Necker** (service de M. le Dr PETER) : III. *Comment doit-on pratiquer la percussion de la région aortique?*

I. **Le diagnostic précoce de l'aortite.** — Depuis quelques années, on écrit beaucoup sur l'aortite. On lui consacre aussi des leçons. Son diagnostic n'en demeure ni moins obscur, ni moins difficile. Dans cette maladie plus que dans toute autre, il importe cependant, pour le succès de l'intervention thérapeutique, de le formuler de bonne heure.

Les *signes objectifs* de l'aortite sont simples et nets. Quand ils existent, ils font la lumière dans l'esprit de l'observateur.

Voici le *facies:* c'est le facies aortique, teint pâle, terreux, plombé.

Le *pouls* est dur, ténu, brusque et dépressible souvent.

L'*exploration cardio vasculaire* peut, il est vrai, donner des renseignements négatifs; c'est l'exception, car, depuis les travaux de nos contemporains, on sait que, dans la majorité des cas, il y a phénomènes de connaissance usuelle, une élévation des battements de la sous-clavière gauche au-dessus de la clavicule, affaiblissement de l'impulsion cardiaque, augmentation en étendue de la matité aortique, exagération du premier bruit aortique; puis, quand l'aorte est dilatée, dédoublement du premier bruit en bruit mitral et bruit aortique. Enfin, quand les valvules sygmoides sont indurées, le second bruit devient clangoreux et comparable, selon l'expression imaginée par Gueneau de Mussy et rappelée par M. Potain, au son retentissant du tambour ou *tarboukah* des Arabes.

Ce n'est pas tout: à l'auscultation du cœur, on entend un bruit de souffle systolique, s'il y a rétrécissement de l'aorte un bruit de souffle diastolique, dans le cas de dilatation du vaisseau vers son orifice; ou bien encore un souffle extra-cardiaque au niveau de sa crosse, quand le poumon est comprimé pendant la diastole. Mais, ces bruits sont contingents et leur valeur toute relative au point de vue du diagnostic de l'aortite.

A les considérer dans leur ensemble, les *symptômes objectifs* de l'aortite au début manquent surtout de netteté. Non, le mot n'est point exact, ils sont seulement de banalité. Il faut en tenir compte, quoique on les observe dans d'autres affections du cœur ou des vaisseaux.

Par ordre d'importance, voici *la douleur*. C'est une douleur angineuse. L'effort, la marche, un mouvement la provoque; parfois, elle se manifeste spontanément.

Se produit elle par crise, on doit alors penser à la sténose des coronaires et à ces coronarites dont M. Huchard a démontré le rôle capital dans la pathogénie de l'angine de poitrine vraie. Aortite, sténose des coronaires, rétrécissement des petites artères collatérales, ischémie du myocarde, myocardite, c'est tout un ensemble de lésions anatomiques dont le raccord séméiologique a été fait.

En présence d'une crise d'angine de poitrine vraie, on a donc parfois, souvent même, le droit de songer à l'aortite, et pour devoir d'orienter l'enquête clinique dans cette direction.

Puis, — autre considération pratique, — dans le pronostic on aura à tenir compte de l'intensité des crises angineuses aortiques. Leur gravité n'est point en rapport direct avec leur intensité. Les crises spontanées

(1). HIRNE. Congest. pulmon., chez l'enfant. *Th. Paris* 1876.
(2). CADET DE GASSICOURT. Maladies de l'enfance. T. Ier.
(3). HAMON. Congest. pulm. idiopath. chez l'enfant. *Th. Paris* 1888.

Digitized by Google

sont d'ordinaire plus vives que les crises provoquées par un exercice physique, et les douleurs très intenses moins redoutables que les douleurs légères dues à l'exagération du travail du cœur.

Le danger n'est pas dans la douleur; il est moins apparent, il est au myocarde : *latet anguis in corde.* Voilà ce que, au point de vue thérapeutique, on ne doit pas oublier. Ce serait donc une erreur de mesurer la gravité du pronostic d'après la violence plus ou moins grande de la douleur. Voilà ce qu'il convient de savoir.

Toutefois il faut distinguer. Existe-t-il un rétrécissement des coronaires? La crise douloureuse par ischémie cardiaque menace de se prolonger, le pronostic s'aggrave : cela se comprend Y a-t-il plutôt irritation par voisinage du plexus cardiaque et propagation de cette irritation par voie reflexe, selon la théorie défendue par M. Lancereaux et M. Peter? Ces crises de douleur inflammatoire sont d'un pronostic moins sombre.

On connaît la modalité des douleurs angineuses. M. H. Huchard les a longuement décrites dans son mémoire sur l'angine de poitrine (*Revue de médecine*, 1882). Elle est variée : sensation de constriction thoracique ou bien de boule hystérique, angoisse violente ou crampe, douleurs localisées ou irradiées, sternalgie ou gastralgie pseudo-hépatalgie, etc... On ne peut donc guère motiver exclusivement le diagnostic sur un symptôme de forme aussi variable.

Toutefois, phénomène d'utilité plus immédiate, l'aortite évoluant par poussée, ces crises douloureuses ont tendance à se renouveler. Cette maladie mérite bien le nom d'*aortite à répétition*, comme je l ai montré en 1883, dans l *Union medicale*; à propos d'un malade du service de M. Huchard, à l'hôpital Tenon.

A côté de ces symptômes fidèles, sinon constants, en voici d'autres moins communs : les troubles gastriques et le vertige.

Les *troubles gastriques* sont aussi de forme variable : dyspepsie, flatulences, quelquefois vomissements. On en cherche la cause dans l'estomac ou ailleurs ; elle paraît obscure ; c'est alors qu'on peut penser à l'aortite.

Le *vertige* précède quelquefois toutes autres manifestations morbides. Il est un signe précoce de l'aortite, mais non pas nécessairement d'une insuffisance aortique. M. Potain a vu cette insuffisance manquer; la pression artérielle demeure invariable, conséquemment l'ischémie cérébrale fait défaut et cependant le vertige existe. C'est dire que l'on pensera au vertige symptomatique de l'aortite, quand par élimination on aura rejeté le diagnostic de vertige stomacal ou celui de vertige nerveux.

Enfin, voici la *toux* et la dyspnée : cette toux sifflante, rauque et bitonale est bien connue. L'oreille en conserve le souvenir, quand une fois seulement elle l'a entendue. Une bronchite concomitante peut, il est vrai, en altérer le timbre et provoquer une expectoration qui en modifie les caractères C'est alors que l'auscultation pulmonaire fera éviter une erreur de diagnostic.

La *dyspnée* est encore un symptôme précoce de l'aortite. Peu marquée au début, elle consiste dans une légère oppression : la marche rapide ou sur un terrain incliné l'augmente. C'est une dyspnée d'effort.

Plus tard, elle se produit spontanément : le malade éprouve de l'angoisse respiratoire : l'inspiration est plus longue, l'expiration plus courte; c'est la dyspnée par accès.

Plus tard encore, la gêne respiratoire devient douloureuse; c'est de l'orthopnée.

Au demeurant, le diagnostic de l'aortite n'est point un de ceux qui s'imposent : aucun signe dominateur ne révèle cette maladie. C'est donc une affection qu'il faut chercher. A côté des médecins qui voyaient l'aortite partout et, à côté ceux qui veulent ne la voir nulle part, il y a donc, comme M. H. Huchard l'écrivait dans ses *Leçons de clinique et de thérapeutique médicale*, « une opinion moyenne et fort acceptable : « l'aortite aiguë et » subaiguë existe réellement; le tout est de savoir la » reconnaître ».

Cette recherche n'est point de curiosité clinique : loin de là, je le répète; car le succès de la médication artérielle dont elle est en partie justiciable, dépend de l'époque plus ou moins précoce à laquelle on l'aura instituée.

II. — **La dyspnée chez les cardiaques.** — On vient de voir que dans la marche et aux diverses périodes de l'aortite, la dyspnée varie de formes. Ce symptôme banal des affections cardio-vasculaires diffère, en effet, chez les cardiaques par ses caractères variables autant que par sa pathogénie.

Quand on prononce le mot de dyspnée cardiaque, on devrait ajouter, en forme de sous entendu : il y a dyspnée et dyspnée. Eh bien, la plupart des cardiaques et des artériels sont dyspnéiques suivant des modalités différentes.

C'est la thèse que M. H. Huchard développait dans l'une des récentes conférences du jeudi à l'hôpital Bichat.

Les cardiaque sont en effet dyspnéiques par le cœur, par le poumon ou par le rein.

Il y a donc, chez-eux, une dyspnée *cardiaque*, une dyspnée *pulmonaire* : toutes deux d'origine mécanique; et une dyspnée de cause fort différente, la dyspnée *rénale* ou toxique.

L'observation clinique démontre la légitimité de cette classification nosologique. En voici la preuve. Un malade accuse de la gêne respiratoire. Il est à demi assis sur son lit et le thorax élevé. Il respire suivant le type costo supérieur; ses muscles cervicaux suppléent par l'énergie de leurs contraction aux intercostaux qui se soulèvent en masse et aux muscles abdominaux qui agissent à peine.

Sa face est pâle; il existe de la cachexie sanguine et non la cyanose du visage du pleurétique ou de l'emphysémateux qui consciemment s'efforce de chercher l'air. On ausculte le cœur, et on constate une poussée d'endocardite, d'aortite, une lésion orificielle ou valvulaire. Ce cardiopathe souffre de *dyspnée par son cœur*: sa dyspnée est une *dyspnée cardiaque*. Tel est le fait clinique. Il faut le retenir et sans demander à la théorie de l'expliquer par un trouble nerveux ou par un trouble de la petite circulation, conclure à l'indication thérapeutique de prescrire une médication cardiaque.

Digitized by Google

Autre exemple : l'exploration pulmonaire révèle une congestion active ou passive : apoplexie, épanchement pleural, œdème aigu ou œdème passif, celui-ci plus fréquent dans les cardiopathies artérielles. Bref, il y a lésion pulmonaire. Le diagnostic s'impose. Que cette lésion soit de cause mécanique ou résulte d'un trouble de l'innervation, peu importe : il s'agit de *dyspnée pulmonaire chez un cardiopathe*, et le traitement consistera soit à diminuer l'encombrement vasculaire par des soustractions sanguines, soit à modifier l'innervation pulmonaire par des médicaments nervins.

Enfin, troisième exemple. Il y a insuffisance rénale, et cette insuffisance, on le sait, est fréquente dans les cardiopathies artérielles. Elle est de cause organique, quand le rein, congestionné ou devenu artério-scléreux, se ferme. Elle est fonctionnelle dans les cas où l'autopsie démontre l'absence d'artério-sclérose ou de congestion rénale.

Fonctionnelle ou organique, cette insuffisance a pour conséquence physiologique la rétention des produits toxiques dans le sang et pour caractères cliniques la périodicité même des accès dyspnéiques, sa coïncidance avec l'abaissement du coefficient de toxicité urinaire, son retour fréquent vers le soir, à ce moment de la journée où l'élimination rénale est à son minimum! enfin l'existence de fatigues matinales. Cette auto-intoxication donne aussi raison des troubles cérébraux des cardiopathes à la suite d'écarts de régime alimentaire.

Bref, « à côté de l'*uremia major*, de l'insuffisance « organique du rein, il y a, selon l'expression de « M. Huchard, une *uremia minor* due à l'insuffisance « fonctionnelle du rein. » La *dyspnée toxique chez les cardiopathes* est l'une de ces manifestations et, fait clinique d'importance aisément explicable, cette dyspnée toxique serait plus fréquente dans le cours des cardiopathies artérielles, en raison de l'extension du processus scléreux au rein, que dans les cardiopathies purement valvulaires.

La dyspnée toxique, cela se comprend, motive des indications thérapeutiques spéciales. Le clinicien a pour double devoir, d'une part, d'intervenir contre l'artério-sclérose, d'autre part, de formuler un régime alimentaire dépourvu, autant que possible, de ptomaïnes : le lait, les végétaux, les œufs, etc. De plus, il doit administrer avec une sage modération les médicaments toxiques que le filtre rénal obstrué serait impuissant à éliminer. Avant d'ordonner la digitale, par exemple, on devra donc ouvrir le rein. *Primum nocere* ; l'aphorisme est banal, c'est peut-être le motif pour lequel on doit le mettre à profit dans l'hygiène et la thérapie de ces accidents cardiaques en utilisant les avertissements cliniques dont M. H. Huchard s'est fait l'interprète.

III. **Comment doit-on pratiquer la percussion de la région aortique.** — Les travaux modernes ont établi nettement le rôle considérable des lésions aortiques dans la pathogénie des cardiopathies et la nécessité clinique de les reconnaître à propos. M. Peter vient donc très opportunément de consacrer une conférence clinique à cette question.

On doit, dit-il, et cet avis est celui de la majorité des cliniciens commencer l'exploration du cœur par la base; jamais par la pointe ; il importe, cela se comprend, de dépister tout bruit morbide d'origine aortique que, par propagation, on entendrait à la pointe, et dont le foyer se trouverait à la base. On évite ainsi une erreur de lieu, qui consisterait à attribuer à la valvule mitrale une affection de l'aorte ou de l'orifice aortique. On prévient une erreur d'interprétation en évitant de considérer une cardiopathie artérielle comme une cardiopathie valvulaire.

M. Peter recommande la percussion avec le plessigraphe dont il est l'inventeur. Il en obtient, dit-il, des résultats plus complets que par la percussion directe avec le doigt. La matité de la région aortique d'un adulte de taille moyenne varie entre 3 et 4 centimètres ; elle atteint et dépasse quelque peu 5 centimètres, quand l'individu est de taille élevée. Au delà de ces chiffres, il y a donc dilatation du vaisseau : le plessigraphe permet de mesurer cette étendue.

La méthode plessimétrique de M. Peter consiste à placer l'instrument normalement à la surface, à percuter légèrement de façon à noter les différences de son les plus petites.

Cette percussion plessimétrique provoque une douleur aortique. Fidèle en cela à la théorie de M. Lancereaux sur la névrite cardiaque dans l'aortite et la dilatation aortique, M. Peter considère la recherche de ces points douloureux comme un moyen de diagnostic. Dans ce but l'emploi du plessigraphe est-il indispensable ? La pression digitale sur le trajet de l'un et de l'autre nerf pneumogastrique ne suffit-elle pas pour procurer les mêmes renseignements sur l'existence ou l'absence de névrite cardiaque ?

Les uns l'affirment, ils sont très nombreux ; les autres le nient ?

On peut donc se contenter de la percussion digitale, comme M. Potain la recommande, en commençant par la périphérie et en continuant par la zone où l'on soupçonne la matité.

Mais j'entends une objection : le plessigraphe révèle les nuances de cette matité ? C'est possible, mais cette notion est-elle indispensable au diagnostic et ne peut-on formuler ce dernier sans savoir absolument si la matité est superficielle, profonde et modifiée ou non, dans son timbre, par l'interposition d'une lamelle pulmonaire ?

A la méthode plessigraphique de M. Peter, ne peut-on pas opposer la technique adoptée dans le service de M. Potain ? C'est le procédé banal du papier qui, faut-il le rappeler, consiste, en quelque sorte, à lever le patron de la zone de matité, à peser ce morceau de papier ainsi découpé et, par une opération d'arithmétique à calculer la surface cherchée en fonction de ce poids.

Même quand il s'agit d'un diagnostic de précision, les petits moyens peuvent donc suffire pour arriver à de grands résultats. A quoi bon dès lors encombrer l'arsenal du clinicien d'un instrument, même quand cet instrument est l'œuvre d'un inventeur savant et ingénieux ?

CH. ELOY.

Digitized by Google

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

Le choléra infantile, sa pathogénie et son traitement

Il est peut-être à la fois d'actualité scientifique et d'actualité saisonnière de parler du choléra infantile, de cette affection qui cause tant de ravages chez les jeunes enfants et particulièrement chez ceux qui sont soumis à l'alimentation artificielle. Les travaux parus récemment tant à l'étranger qu'en France ont mené cette question de pathologie à un point tel qu'on peut espérer arriver à utiliser les résultats de laboratoire pour se guider dans les indications thérapeutiques.

A. Baginsky, dans une communication à la Société médicale de Berlin (*Berliner kl. Wochenschrift 1889, n° 46, 47, 49*), a montré qu'à côté des deux microbes normaux, qu'on trouve habituellement dans les selles, le bacterium lactis aërogenes (Escherisch) ou aceticum (A. Baginsky) et le bacterium coli (A. Baginsky) et sa variété le bacterium napolitain (Emmerich), on peut rencontrer dans les déjections des enfants atteints de choléra infantile jusqu'à douze autres micro-organismes, microcoques, staphylocoques, bactéries, bacilles, sarcines, levure, sans qu'on puisse attribuer à l'un quelconque de ces agents une spécificité particulière. Ses recherches le conduisent à admettre que la maladie ne résulte pas de l'action d'un seul germe pathogène, mais de celle d'une association microbienne, qu'il s'agit d'une infection par l'ensemble des bactéries saprogènes contenues dans l'intestin et que la maladie est l'aboutissant des fermentations anormales provoquées par ces organites dans le tube digestif de l'enfant. Il incrimine surtout l'ammoniaque, à laquelle il joint aujourd hui : 1° une ptomaïne, $C^7H^{17}AzO^2$, analogue à un corps trouvé par Brieger dans la viande de cheval en putréfaction ; 2° une substance, très toxique, appartenant au groupe chimique des albuminoïdes, intermédiaire à l'albumine et à la peptone que Ad. Baginsky a étudiée avec Max Stadthagen (*Berliner kl. Wochenschrift*, 1890, n° 13.) Cette dernière substance peut être mise à côté du corps découvert par Roux et Yersin dans les cultures du bacille diphthérique (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1888 n° 12) et pour lequel Brieger et C. Fraenkel proposent le nom générique de toxalbumine (*Berliner kl. Wochenschrift* 1890, n°s 11 et 12). Ces produits ou leurs congénères n'auraient, du reste, pas une action spécifique, ils agiraient surtout comme irritants sur le tube digestif, comme le ferait l'arsenic par exemple.

Dans son mémoire à l'Académie de médecine (8 avril 1890), M. Lesage arrive à des conclusions un peu différentes. Dans les cas qui ne relèvent pas d'une intoxication alimentaire, il a pu isoler dans les selles un micro-organisme qui se cultive à 38° sur l'agar agar, mais très difficilement sur la gélatine, employée exclusivement par les autres expérimentateurs. Le même microbe se voit dans les bouillons de culture et dans l'intestin sous la forme de bacille et sur les cultures sèches sous celle de microcoque ; inoculé aux animaux, ce microbe reproduit le choléra infantile. Le même bacille se voit dans le choléra nostras ; ce qui implique l'assimilation du choléra infantile ou tout au moins d'une forme de celui-ci avec le choléra nostras de l'adulte.

Dans les bouillons de culture l'analyse décèle une matière spéciale maintenue en dissolution par une autre substance alcaline à odeur d'aubépine. Précipitée par les acides, cette matière se présente sous l'aspect d'un corps résino-graisseux, insoluble dans l'eau et les solutions acides, soluble dans les solutions alcalines ; ce n'est ni un alcaloïde, ni une diastase ; elle perd ses propriétés à 120°, tandis qu'à la température ordinaire 4 à 5 milligrammes suffisent pour tuer les animaux, en produisant une algidité persistante et des lésions desquamatives de l'intestin. Le fait le plus intéressant de cette étude réside dans cette constatation que cette même substance toxique, isolée des cultures du bacille du choléra infantile, isolée aussi du choléra nostras qui lui est identique, se retrouve aussi dans celles du bacille virgule ; de sorte que cette substance tiendrait sous sa dépendance tous les phénomènes cholériques, toutes les affections de ce groupe, choléra infantile, choléra nostras, choléra asiatique.

Du reste, cette analogie entre le choléra infantile et le choléra vrai, après avoir été niée par les cliniciens, semble reconquérir les suffrages de quelques uns, comme sir William Moore. Frappé par les modalités protéiformes de la maladie asiatique, qu'on retrouve dans la diarrhée estivale, par le départ difficile entre les deux affections au point de vue du diagnostic clinique, par la similitude de lésions, le médecin anglais conclut que la diarrhée cholériforme n'est que le choléra asiatique atténué, quoiqu'elle puisse se montrer aussi grave que ce dernier (*British med. Journal*, 14 septembre 1889). Si l'on ajoute que, dans la convalescence, il peut se développer un état typhoïde aussi bien lorsqu'il s'agit du choléra infantile, que lorsqu'on a affaire au choléra asiatique (Brigensky) ; que dans les deux maladies on peut observer des érythèmes semblables, les analogies semblent encore plus frappantes ; la seule différence serait celle du microbe, puisque la matière toxique est la même ; l'assimilation de ces maladies à un type unique paraît donc rationnelle.

Quoi qu'il en soit, ces données nouvelles, malgré leurs légères divergences, nous enseignent que derrière le microbe il y a une substance ou des substances toxiques que ce microbe produit aux dépens du contenu intestinal et dont l'organisme subit l'action fâcheuse.

Avec de telles origines, le choléra infantile donne prise à des mesures rationnelles de prophylaxie. Même chez l'enfant au sein, moins sujet à la maladie, on devra veiller à l'asepsie du mamelon de la nourrice et de la bouche du nourrisson, mais chez l'enfant alimenté artificiellement on redoublera de précaution ; tous les vases, tous les objets qui devront être en contact avec le lait, seront stérilisés par l'ébulition dans l'eau et même désinfectés par le séjour dans une solution d'acide borique.

M. Miquel nous a appris qu'une heure après la traite le lait pouvait contenir par litre 9 500 000 bactéries, et après 25 heures, jusqu'à 63.000.000 en moyenne, ces chiffres nous expliquent la nécessité d'avoir du lait le

Digitized by Google

plus tôt possible après la traite. En Allemagne, la stérilisation du lait à l'aide de la vapeur d'eau a été mis en honneur par Soxhlet ; un chauffage au bain-marie de 45 minutes arrive au même résultat, mais on ne doit pas faire bouillir ce liquide à feu nu, car le lait ainsi traité a perdu de ses qualités digestibles (1).

Lorsque la maladie est déclarée, l'hygiène le cède à la thérapeutique.

De la nature infectieuse de la maladie découlent deux indications principales, 1° détruire les microbes, ou tout au moins amoindrir leur vitalité, 2° éliminer les produits toxiques qu'ils ont formé dans l'organisme.

Pour détruire les microbes, on s'est adressé aux antiseptiques; malheureusement l'on ne connaît pas assez ces microbes et leur manière de réagir en face des diverses substances pour fonder une thérapeutique vraiment scientifique; de plus, certains microbicides, comme le sublimé, demanderaient pour être actifs, des doses toxiques pour le sujet.

Cependant certains médecins se sont bien trouvés du calomel à la dose de 5 milligrammes à 1 centigramme toutes les deux heures, du salicylate de bismuth, de la naphtaline ou du naphtol, qu'on peut prescrire sous la forme suivante :

Naphtol α ou β.	0gr,10 à 1 gramme.
Mucilage de gomme arabique. . . .	ãã 40 grammes.
Eau de camomille romaine ou de thé.	
Par cuillerées à café d'heure en heure.	

Le salol, l'iodoforme, la résorcine, ont été ordonnés. Dans le même but, Henoch, Moncorvo, Cadet de Gassicourt recommandent l'acide chlorhydrique dilué et souvent répété et MM. Hayem et Lesage, l'acide lactique à 2 0/0, qui leur a déjà réussi dans la diarrhée verte bacillaire. Cet acide n'est pas toxique, puisqu'on peut en donner jusqu'à 6 grammes par jour, mais sa concentration ne doit jamais dépasser 2 0/0, il est astringent et antiseptique. Pour en obtenir les meilleurs résultats, il ne faut pas craindre de donner le médicament coup sur coup, par cuillerées à café de solution, toutes les demi-heures, tous les quarts d'heure, même toutes les cinq minutes (Lesage), selon la gravité des cas.

L'élimination des produits toxiques, ammoniaque, ptomaines, toxalbumines, etc., peut s'obtenir par le lavage de l'estomac (Epstein) à l'aide d'une solution soit alcaline comme l'eau de Vichy, soit antiseptique comme l'acide borique, l'acide salicylique, l'eau naphtolée. On peut y joindre les grands lavements avec les mêmes substances médicamenteuses ou seulement l'eau bouillie, mais on n'atteint pas le vrai foyer d'infection, qui siège dans l'intestin grêle. On peut cependant tourner la difficulté en supprimant par une *diète rigoureuse* tous les aliments, même le lait maternel; de cette façon il ne peut plus se produire de formentation anormale, les bactéries saprogènes n'ayant plus de quoi se cultiver. Cette mesure radicale, malgré sa brutalité apparente, donne de meillleurs résultats (Epstein, Ad. Baginsky), que la diète lactée, même avec les tétées très éloignées que certains médecins préconisent. D'un autre côté on tente d'éliminer par l'urine et de diluer les toxines par les diurétiques, et avant tout par l'ingestion de grande quantité d'eau. Il faut pour ainsi dire mettre un robinet dans la bouche des malades; c'est pourquoi la diète ne doit pas s'étendre jusqu'aux liquides et qu'on gorge les enfants d'eau albumineuse et d'eau bouillie.

A côté de cette thérapeutique pathogénique se place une thérapeutique symptomatique, par suite d'indications nouvelles créées par la prédominence de tel ou tel phénomène, comme les vomissements, la diarrhée, l'algidité.

L'eau glacée et alcoolisée, un petit vésicatoire camphré au creux de l'estomac (J. Simon), s'adressent aux premiers.

Pour modérer la diarrhée, Parrot et, après lui, les auteurs allemands ne veulent ni de l'opium, ni des astringents; ils pensent qu'ils sont même nuisibles; tel n'est pas l'avis de presque tous nos maîtres parisiens. M. J. Simon prescrit une potion au bismuth laudanisé, qu'on peut modifier ainsi :

Salicylate de bismuth.....	4 grammes.
Craie préparée.....	2 grammes.
Elixir parégorique de Dublin.	V à X gouttes (1 à 2 ans).
Teinture de cannelle.....	1 gramme.
Eau de mélisse ou d'anis....	10 grammes.
Malaga ou Porto.....	10 à 30 grammes.
Julep gommeux.....	100 à 120 grammes.
Par cuillerées à café ou à dessert toutes les heures.	

Ainsi donné à doses fractionnaires et espacées, l'opium n'est pas le spectre qu'on s'était figuré faute d'en surveiller l'emploi; mais, bien entendu, le collapsus et l'algidité le contre-indiquent. M. Cadet de Gassicourt agit de même (1).

Les injections d'eau, surtout d'eau salée combattent la déperdition considérable de liquide causée par la diarrhée.

M. Weis (*Wiener méd. Press* 1888, n° 44 et 46) emploie des injections sous-cutanées répétées, de 30 à 50 grammes d'une solution à 0,6 0/0 de chlorure de sodium. Ces injections sont faites autant que possible avant le collapsus; on doit prendre toutes les précautions antiseptiques et plutôt répéter les injections que les faire trop copieuses, de peur qu'il n'en résulte un travail exagéré pour le cœur peut-être altéré.

On pourrait, comme dans le choléra asiatique, introduire le liquide dans une veine et faire une solution s'approchant de la composition du sérum, comme la formule suivante, qui donne en chiffres ronds les principaux éléments :

Chlorure de sodium	6,10
Chlorure de potassium...	0,40
Phosphate bi-sodique.....	6,15
Phosphate bi-calcique.....	0,25
Carbonate de sodium.....	2 80
Sulfate de potassium.....	0,25
Eau bouillie q. s. pour faire 1000 centimètres cubes.	

L'apparition de l'algidité et du collapsus demandent la mise en œuvre des stimulants énergiques, mais sans rien de particulier : frictions avec les alcoolats divers, enveloppement d'eau chaude, d'ouate, bains sinapisés,

(1) Voir : *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1890 n° 40, p. 215.

(1) Voir : *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 23 juin 1889.

Digitized by Google

bains de vin chaud (J. Simon); à l'intérieur, alcool, quinquina, éther, musc, cannelle, camphre, thé *larga manû*; en injections hypodermiques, l'éther, la caféine.

Les complications font naître des indications spéciales et il faut, à la convalescence, surveiller le régime, attaquer par les lavements astringents la diarrhée qui persisterait.

Dr H. Gillet.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

Traitement de l'entorse du cou de pied par le manchon de terre glaise, par M. Trenthardt. — Ce procédé, très simple, consiste en applications sur la région malade, d'une pâte de terre glaise délayée dans du vinaigre, et de consistance suffisante pour envelopper le membre malade et pour tenir aussi bien qu'un bandage plâtré. L'application se fait directement sur la peau, et le pansement reste en place de douze à dix-huit heures, jusqu'à dessiccation presque complète de la terre glaise. A ce moment il est renouvelé. (*Revue méd. de la Suisse romande*, p. 434, 20 juin 1890).

Ce procédé fait disparaître rapidement, et sans douleur, l'épanchement le plus considérable. Dans les entorses récentes, une seule application suffit pour résoudre la tuméfaction en douze à dix-huit heures. Si l'accident date de plusieurs jours et que la tuméfaction soit très considérable, deux ou trois appareils appliqués de douze en douze heures auront raison de l'enflure. C'est là le clou du traitement. La jointure n'est pas immobilisée dans l'appareil; la tuméfaction disparaissant très vite, les tissus ne restant pas infiltrés, des adhérences ne s'organiseront pas comme dans les appareils inamovibles.

Après la disparition de la tuméfaction, M. Trenthardt fait un pansement compressif au moyen d'ouate et d'une bande de flanelle et recommande au malade de faire exécuter souvent à la jointure blessée tous les mouvements que le pansement permet. Au bout de trois à cinq jours le malade marche et emploie le soulier lacé.

Ce procédé s'applique également aux lésions des articulations du genou, du coude et du poignet. Partout il est essentiel de ne jamais immobiliser complètement la jointure. S. R.

De l'empyème du sinus maxillaire, par M. de Schulten. — Le diagnostic de cette affection n'est pas toujours exempt de difficultés. L'auteur, qui en a observé six cas, énumère parmi les symptômes caractéristiques les suivants : écoulement nasal assez abondant et unilatéral, tuméfaction plus ou moins marquée de la joue, douleurs frontales, et dans les cas de tumeurs nasales, dilatation des parois osseuses.

On peut confondre cet écoulement avec celui d'une rhinite syphilitique, avec une suppuration du sinus frontal ou sphénoïdal, avec un abcès des cellules ethmoïdales, mais l'examen rhinoscopique fait constater l'issue du pus par le méat moyen du nez. (*Finska Lakaresall. Hanätingar*, juin 1890, n° 278).

La cause habituelle de l'empyème maxillaire est une périostite dentaire propagée au sinus. Quant au traitement, il consiste à ouvrir le sinus dans sa partie la plus déclive et de préférence par la perforation d'une alvéole des dents molaires ou bien par la trépanation de la fosse canine. M. de Schulten n'est point partisan de perforer la paroi nasale, car après cette opération, il devient difficile de pratiquer des injections journalières antiseptiques. S. R.

MÉDECINE

Des altérations du pouls dans les affections de la crosse aortique, par M. Ziemssen. — Contrairement à l'usage clinique qui attribue une grande valeur diagnostique aux modifications du pouls radial dans les anévrismes et les affections de la crosse de l'aorte, l'auteur voudrait que l'on tînt compte plus souvent des lésions athéromateuses situées à l'origine des sous-clavières et qui peuvent modifier le tracé sphygmographique du pouls. (*Deutsch. Arch. f. Klin. Med.* 1890. 13 mai, p. 286).

Dans ces cas, il y a sténose de la sous-clavière et conséquemment obliquité de la ligne d'ascension du tracé, retard du sommet (*pulsus differens*), absence du dicrotisme quand on examine comparativement le tracé de l'une et de l'autre des artères radiales. M. Ziemssen n'hésite pas à faire de ces altérations les signes de la sténose orificielle de la sous-clavière. S. R.

Un cas de lymphangite du cordon spermatique traitée par l'ichtyol, par M. A. de Oliveira. — Cette affection était survenue chez un individu porteur d'une hernie inguinale irréductible. (*Brazil medico*, 15 mars 1890).

Il y avait une sensibilité exagérée du cordon spermatique droit, des testicules et des parois abdominales du même côté. On prescrivit le traitement d'Unna, savoir :

Ichthyol ..... 1 gramme 50 centig.
Cannelle pulvérisée... Qs

Fsa. huit pilules. Une pilule de deux en deux heures. Les vomissements cessèrent, les douleurs diminuèrent et la température descendit de 40°,6 à 37°,8, dans les vingt-quatre heures. Même médication pendant les deux jours suivants et finalement guérison. S. R.

THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi thérapeutique de l'acide camphorique par M. le Dr Bernhardt Hartleib. — Ce médicament a été essayé à la clinique de Mosler (de Greifswald) contre les affections catarrhales et les sueurs nocturnes des phtisiques.

En gargarismes, en solution à un demi ou un pour cent, il a diminué rapidement la pharyngite. Même succès en inhalations et en badigeonnages contre la laryngite. (*Wiener Med. Press*, 23 février 1890).

M. Hartleib a fait un usage, aussi heureux, de ses solutions à un demi pour cent pour le lavage de la vessie atteinte de cystite aiguë ou chronique. A cet effet, il additionnait un litre d'eau de dix grammes d'un alcoolature à vingt pour cent d'acide camphorique.

Contre les sueurs des phtisiques, il prescrivait à l'intérieur un à deux grammes du même médicament. Les résultats de cette médication ont été douteux et, de plus, après son administration, on observait parfois des vomissements. Chez d'autres malades la tolérance gastro-intestinale était absolue. S. R

De l'élimination des balsamiques par l'urine, par M. R. Stockman. — Cet important travail expose les résultats des expériences entreprises pour le Comité de l'Association britannique. On a essayé le baume du Pérou, le styrax et le baume de Tolu dans le but d'étudier leur action sur le rein et la composition de l'urine (*The Brit. Med. Journal*, 14 juin 1890, p. 1365).

Aux doses médicinales, ces baumes ne provoquent ni l'albuminurie, ni les néphrites. L'irritation du parenchyme vésical n'est redoutable que si le parenchyme est déjà altéré. Ces conclusions sont donc favorables à l'emploi interne de ces médicaments dont l'innocuité avait été mise en doute par des travaux récents (1). S. R.

TOXICOLOGIE

Accidents causés par l'administration du salicylate de soude, par M. A.-G. Auld. — Ces accidents ont été observés sur deux malades :

(1) Voir : *Revue générale de clinique et de thérapeutique* 1890.

Digitized by Google

L'un ingérait, depuis quatre jours une dose quotidienne de 5 grammes de salicylate de soude. Le quatrième et le cinquième jour il accusait de la confusion des idées et des vertiges, et le lendemain du délire et de la prostration. La cessation du traitement fit disparaître les accidents (*The Lancet* 14 juin 1890).

L'autre ingérait la même dose quotidienne du médicament depuis six jours quand il éprouva de la dyspnée, de la faiblesse du pouls, de la parésie et de la difficulté du langage Ces phénomènes toxiques disparurent par la cessation de la médication.

On se demande si ces accidents ne sont pas dus à l'emploi de sels salicyliques obtenus par synthèse et dont M. Charteris a démontré la toxicité (1). S. R.

REVUE DES LIVRES

Manuel de séméiologie technique, par M. le Dr E. Maurel (O. Doin, 1890).

Le livre de M. le Dr E Maurel résume les principales méthodes d'exploration applicables au diagnostic. Il a réussi à condenser sous un petit volume les notions éparses dans de nombreuses publications. Il étudie tour à tour l'appareil, son application clinique et les résultats fournis. C'est ainsi qu'il passe en revue les pesées, la mensuration, la palpation, le toucher, la succussion, la percussion, la stéthométrie, l'auscultation, la sphygmographie, la cardiographie, l'examen du sang, la thermométrie, l'urologie. Il a eu soin d'élaguer les procédés inutiles ou trop compliqués pour la clinique, cependant on désirerait trouver les procédés chimiques récents d'examen du suc gastrique, si utiles pour le diagnostic des maladies de l'estomac et quelques notions de bactériologie.

Dr H. Gillet.

De l'eczéma, son traitement par les eaux minérales et les moyens thérapeutiques ordinaires, par M. le Dr Puy-le-Blanc. (Paris 18 0, Co c z).

Cette manifestation fréquente de la diathèse arthritique est parfois justiciable des eaux minérales et en particulier des eaux de Royat. M. Puy-le Blanc l'écrit et, ce qui vaut mieux, le prouve par une statistique dans laquelle il enregistre sur cent malades : la guérison, 13 fois après une année de traitement, et 29 fois après plusieurs cures ; l'amélioration, 55 fois et des échecs complets, 3 fois.

Il attribue ces résultats à l'alcalinisation du sang hypéracide s'ajoutant aux médications antiseptiques externes. Ainsi envisagée, cette conception est originale et la médication hydrominérale devient un procédé de stérilisation du terrain saturé d'acide urique. La brochure de M. Puy-le-Blanc offre donc un véritable intérêt au point de vue clinique et doctrinale.

Dr Ch. Eloy.

L'impuissance sexuelle chez l'homme et la femme, par le Dr W.-A. Hammond, (Paris 1890. Lecrosnier et Babé).

C'est dans un monde bizarre, presque sur les confins de la folie, que nous mène le professeur de New-York. Son livre d'une lecture captivante traite, dans une série d'observations personnelles, l'impuissance chez l'homme dans ses différentes formes : absence de désir sexuel, absence d'érection, absence d'éjaculation, et absence de sensation voluptueuse pendant le coït. Il termine par une étude plus courte de l'impuissance chez la femme.

L'ouvrage contient quelques formules utiles à connaître. Elles ont pu dans certains cas sauver héroïquement des situations pénibles.

Ce livre sera lu avec intérêt, car il est peu d'affections dont la prophylaxie et le traitement intéresse autant le bonheur de l'humanité. Voici les traitements conseillés par l'auteur.

Traitement de l'impuissance chez l'homme. Employer comme médication interne une des substances suivantes :

Acide hypophosphorique dilué : X à XXX gouttes dans de l'eau, trois fois par jour, de préférence à l'heure des repas.

Acide phosphorique dilué : X à XL gouttes dans de l'eau, au moment du repas.

Ou bien :

Phosphure de zinc : 60 centigrammes.
Extrait de noix vomique : 1 gramme 30 centigrammes.

Pour 100 pilules : trois fois par jour, une après chaque repas

Ou bien :

Sulfate de strychnine : 0,20 centigrammes.
Acide hypophosphorique dilué 120 grammes.

Prendre X gouttes dans de l'eau, trois fois par jour, en augmentant chaque dose d'une goutte par jour jusqu'à XXV gouttes.

Ou bien prendre quinze gouttes de teinture de cantharides en trois fois dans la journée et augmenter les doses d'une goutte chaque jour jusqu'à ce qu'il se produise une légère strangurie.

Traitement de l'impuissance sexuelle chez la femme. Pour stimuler l'appétit sexuel de la femme employer les pilules suivantes :

Extrait de chanvre indien } ãã 2 grammes.
— de noix vomique }
— aqueux d'aloès : 0,6 décigrammes.

Divisez en 100 pilules : trois par jour

L. Renon.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

Traitement prophylactique du choléra

La prophylaxie du choléra a l'avantage d'être bien connue et facile à exécuter. On peut dire, sans exagération, qu'il n'y a pas de grande maladie infectieuse dont on puisse se préserver plus facilement. La question a été résolue depuis longtemps au Bengale, et il serait à souhaiter que les médecins qui sont à la tête de l'hygiène officielle fussent plus au courant de ce qui s'est fait dans l'Inde. Cela vaudrait mieux que de rendre, par l'entremise de journalistes ignorants, des oracles, dont le moindre inconvénient est d'être démentis rapidement par les faits.

La prophylaxie du choléra peut être étudiée en deux chapitres : 1° prophylaxie du pays ; 2° prophylaxie de l'individu.

I. *Prophylaxie du pays.* — Pour préserver un pays du choléra, il faut choisir entre deux procédés : empêcher le choléra de pénétrer dans ce pays ; mettre le pays dans des conditions d'hygiène telles que le choléra ne s'y propage qu'avec la plus grande difficulté. Pour remplir la première condition, on n'a à sa disposition que deux moyens, détestables tous les deux : les quarantaines et les cordons sanitaires.

Tout a été dit sur l'inefficacité des premières, et cependant on persiste à y recourir, plus pour rassurer les populations que parce qu'elles sont utiles. En effet, il faut bien, dans le cas actuel, séparer la théorie de la pratique. En théorie, les quarantaines maritimes peuvent être efficaces. En est-il de même dans la pratique ? Je ne le crois pas. Les Anglais, qui connaissent bien

(1) Voir *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1890 et *The Lancet*, 1890.

Digitized by Google

ces questions, y ont renoncé, et ils sont loin de s'en être mal trouvés.

Si on pouvait ou si on voulait faire observer les quarantaines avec toute la rigueur désirable, si des peines d'une gravité excessive étaient prononcées et *appliquées* à tous ceux qui, par leur incurie ou leur ignorance, introduiraient dans un port des navires infectés, alors on pourrait trouver dans les quarantaines maritimes un remède prophylactique sérieux. Mais, dans la pratique, aucune de ces conditions n'est remplie. En outre, le médecin n'a pas une indépendance suffisante pour faire prendre des mesures sanitaires efficaces. Enfin, il faut encore compter avec la négligence. Des navires ne sont-ils pas partis de Cochinchine et du Tonkin avec des malades convalescents de choléra?

Quant aux cordons sanitaires, leur inutilité et même leur danger sont démontrés depuis longtemps. De plus, même s'ils étaient utiles, on pourrait toujours les traverser, l'argent, ici comme ailleurs, jouant un rôle décisif. Doit-on compter davantage sur la surveillance qu'on a établie sur notre frontière d'Espagne? Je ne le crois pas. Je voudrais bien savoir comment on pourra reconnaître les individus qui portent déjà en eux le germe du choléra, qui en seront atteints peut-être dans quelques jours. A ce point de vue, les mesures prises par le Ministre de l'intérieur et concernant la visite des étrangers dans les hôtels et la publicité donnée aux cas de choléra qui pourraient éclater sur notre territoire, sont les seules sérieuses et sur lesquelles on puisse compter.

La seule prophylaxie utile pour le pays, c'est de mettre celui-ci dans de bonnes conditions hygiéniques qui constituent le meilleur obstacle à la propagation du choléra. Malheureusement, en France comme dans d'autres pays, on aime mieux faire des circulaires que des travaux utiles. A-t-on assez parlé de la saleté de Toulon et de Marseille en 1884. On devait tout bouleverser; mais, l'épidémie passée, on n'y a plus pensé, et tout est resté dans le même état. C'est cependant en assainissant une ville qu'on fera la véritable prophylaxie du choléra, comme l'ont démontré les Anglais dans l'Inde. Je vais, du reste, traiter cette question.

2° *Prophylaxie de l'individu.* — L'eau constitue le grand moyen de propagation, je dirais presque le seul, du choléra. Si donc on n'introduit dans l'organisme que de l'eau absolument pure, on aura les plus grandes chances d'échapper à la maladie. C'est là une affirmation basée sur une pratique personnelle et surtout sur les innombrables statistiques dont j'ai publié quelques unes dans mon ouvrage sur les maladies des pays chauds.

L'exemple le plus concluant de l'exactitude de ce que j'avance a été donné à Calcutta. L'eau fournie aux habitants dans cette ville est *filtrée*. Aussi les cas de choléra chez l'Européen sont ils pour ainsi dire exceptionnels, et ceux qu'on observe sont presque toujours le fait d'une imprudence grave. De 1826 à 1844, il mourait dans l'Inde, du choléra, 35 personnes pour 1.000 habitants. Depuis que le service de l'eau a été amélioré, la mortalité est tombée à 2 0/00!

La ville de Nagpore était ravagée chaque année par le choléra. En 1871, on amène dans cette ville de l'eau pure dans des tubes de fer. Depuis cette époque, il ne s'est plus produit, à Nagpore, *une seule* épidémie de choléra, *bien que les districts voisins aient été souvent ravagés par cette maladie.* On n'observe plus, à Nagpore, que des cas isolés. C'est ainsi que, alors qu'en 1878, dans le district de Nagpore, 3.356 personnes moururent du choléra, il n'y eut, dans la ville, que 65 décès.

Le meilleur moyen prophylactique du choléra consiste donc à ne fournir à la population que de l'eau absolument pure. Sous ce rapport, Paris est dans un état d'infériorité déplorable, et, si le choléra venait à éclater chez nous, une lourde part de responsabilité retomberait sur l'Administration. Dans les circonstances actuelles, il est du devoir du médecin de prévenir ses clients du danger qu'offre l'eau soi disant potable. En temps d'épidémie, il faudrait non seulement la faire bouillir, mais encore la filtrer, et pour cela, pas n'est besoin de recourir à des filtres qui font beaucoup trop parler d'eux. Les filtres très simples suffisent. Il est bien entendu que l'eau ainsi traitée doit servir, non seulement pour la boisson, mais encore pour tous les usages culinaires.

Il faut aussi faire bouillir avec soin le lait, toujours additionné d'eau à Paris. Une épidémie éclate, à Calcutta, sur un navire. J. Simpson découvre que dix hommes de l'équipage avaient bu du lait fourni par un natif. Sur ces dix matelots, neuf eurent le choléra; le matelot qui échappa n'avait bu qu'une très petite quantité de lait. Or le marchand, tout comme chez nous, avait ajouté à son lait 25 0/0 d'eau. J. Simpson constata qu'un cas de choléra avait éclaté près de la maison du marchand, et les déjections avaient été jetées précisément dans l'étang où il puisait l'eau avec laquelle il mouillait son lait.

On fera bien aussi, en temps d'épidémie, de repousser de l'alimentation tous les légumes et les fruits qui poussent au niveau de la terre et qui sont arrosés avec de l'eau qui peut être infectée. Quant aux troubles gastriques et surtout intestinaux, inutile de dire qu'il faut les soigner aussitôt. Des médecins européens, c'est-à-dire sans aucune expérience, défendent les alcalins, prétendant que, le microbe étant tué par les liquides acides, il ne faut pas diminuer l'acidité des sucs digestifs. S'il en était ainsi, les individus atteints de dyspepsie acide seraient toujours à l'abri du choléra, ce qui est inexact. J'ajouterai que, dans l'Inde, je faisais grand usage d'eau de Vichy, et cependant je n'ai pas eu le choléra. Le danger des alcalins est une simple hypothèse. Ce n'est pas la seule idée excentrique qu'aura fait naître ce microbe dont les médecins anglais tiennent si peu compte avec raison, selon moi.

Un cas de choléra éclatant dans une maison, peut on prendre des précautions efficaces contre la propagation de la maladie? Assurément, et il n'y a pour cela qu'un moyen, c'est la *désinfection* complète des déjections du malade par le bichlorure ou le sulfate de cuivre, et celle des linges et des habits souillés par ces déjections. Le mieux est de les brûler. C'est ce que je faisais faire, dès 1878, à Chandernagor, et avec un succès évident.

Digitized by Google

Malheureusement, ces mesures très simples me semblent bien difficiles à appliquer dans une grande ville. Au contraire, dans un petit village, le médecin pourra souvent y recourir. Dr F. Roux.

FAITS CLINIQUES

Un cas d'œdème aigu du poumon

Par M. le Dr Fretin.

Le travail que M. le Dr Huchard a lu récemment à la Société médicale des hôpitaux (1) me remet en mémoire un fait qui confirme absolument sa manière de voir.

M. L., âgé de cinquante-six ans, vient me voir en décembre 1888. Depuis dix-huit mois, il est essoufflé, ses forces diminuent, il a maigri. Homme d'ordre et d'une régularité de vie parfaite, il paraît plus vieux que son âge, qui est en réalité celui de ses artères. Quelques minutes d'examen suffisent en effet pour me convaincre que M. L. est un artério-scléreux. Le cœur est augmenté de volume, et on entend à l'auscultation de cet organe :

1° Un bruit de souffle au second temps, avec maximum au foyer aortique et propagation aux vaisseaux du cou ;

2° Un dédoublement marqué du second bruit, perceptible surtout à la pointe de l'organe.

Pas d'albumine dans les urines, et, pendant toute la durée de la maladie, elle a d'ailleurs toujours manqué.

L'auscultation du poumon ne donne rien ; à peine quelques râles humides les jours où l'essoufflement est plus considérable. Pas d'œdème des jambes.

Je prescris le régime lacté intégral et l'iodure de potassium.

L'état de M. L. s'améliore à ce point qu'il peut reprendre ses occupations. Sa santé se maintient, chancelante il est vrai, mais enfin il peut marcher, ses forces reviennent et l'appétit ramène l'embonpoint. Je continue l'iodure, et de temps à autre je reviens au lait.

Le 6 août 1889 à 2 heures du matin, je suis appelé auprès de lui. Je le trouve assis dans son lit, la tête soutenue par de nombreux oreillers, et en proie à une dyspnée extrême. Il s'est couché bien portant; il s'est réveillé asphyxiant. La respiration est haletante. C'est avec la plus grande difficulté qu'il peut expectorer les crachats mousseux et très aérés qui affluent dans sa bouche. A l'auscultation, j'entends des battements tumultueux, interrompus par des intermittences. Dans toute l'étendue des deux poumons, il y a une pluie de râles fins, sous-crépitants, qui laissent entre eux des intervalles de lames pulmonaires où l'on ne peut rien entendre. Ces râles se déplacent avec facilité pour reparaître ensuite. Le sommet des deux poumons est le siège d'une sonorité remarquable.

Malgré des ventouses scarifiées appliquées en grand nombre sur la poitrine, malgré les injections sous-cutanées d'éther, la dyspnée fait des progrès ; la sonorité disparaît au sommet des poumons pour être remplacée par des râles crépitants ténus. Le pouls se déprime, il devient tout à fait irrégulier ; la cyanose apparaît avec un peu d'œdème des jambes ; à 5 h. 1/2, le malade expirait.

Si nous pouvions nous permettre de donner un titre à cette observation, ce serait :

« Insuffisance aortique et artério-sclérose terminées par un œdème pulmonaire suraigu, sans albuminurie, ayant amené une mort très rapide. »

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

Les dangers de la faradisation utérine

Aubervilliers, 3 juillet 1890.

On ne saurait être trop prudent dans l'emploi de la faradisation utérine. Le fait suivant me semble le prouver :

Mme L... âgée de 40 ans, est atteinte de metrorrhagies depuis dix ans. Il y a quatre ans environ, je la vis pour la première fois, et je soupçonnai l'existence d'un fibrôme qui s'est développé rapidement depuis 18 mois. Aujourd'hui il remplit le petit bassin et s'élève à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Ballottée de clinique en clinique cette pauvre femme a fini par s'échouer chez un électropathe, qui la soulagea notablement, et diminua ses hémorragies, sans modification sensible de l'état général. Les intensités faibles furent seules employées : 40, 60 milliampères.

La malade, par suite de l'absence de ce dernier, dut s'adresser à un autre médecin qui la soumit immédiatement aux hautes intensités 100, 120, 140 milliampères. L'excitateur était profondément engagé dans le col. Les deux jours qui suivirent, écoulement d'eau rousse, le troisième jour hémorragie franche.

Je la vis quatre jours après la dernière séance. L'intensité du courant s'était élevée à 110. A ma première visite elle se plaint de violentes douleurs dans le ventre : on dirait qu'elle va accoucher, suivant ses expressions. La tumeur est dure, le col rigide, tendu. Pas d'hémorragie, vomissements bilieux.

Le lendemain je constate une température de 40°, une douleur vive à la pression sur les côtés de la matrice, surtout du côté gauche. La malade continue à vomir.

Le troisième jour la température est à 39°, la malade ne peut supporter aucune nourriture. Les yeux sont excavés, les traits tirés.

Les jours suivants les symptômes douloureux s'accentuent un peu; la température, variable, ne descend pas au-dessous de 38° ; les envies de vomir sont moindres et la malade peut prendre quelques aliments liquides.

Le dixième jour après le début des accidents je constate encore une température de 40°. La malade est obligée de se faire transporter à Vincennes et je la perds de vue.

Ce fait ne condamne-t-il pas l'emploi des hautes intensités ? Est-il prudent de demander à la faradisation des fibrômes plus qu'elle ne peut donner ? Sous prétexte d'exterminer le mal, faut-il exposer ses malades aux accidents de septicémie dont je cite un exemple ?

Dr Colombe.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

OBSTÉTRIQUE

I. **De l'antisepsie obstétricale par le sulfate de cuivre.** — Proposé déjà à plusieurs reprises par MM. Charpentier, Marry, Doléris et Debacker, ce sel est employé en ce moment sous la forme suivante dans des salles du service de M. Tarnier :

Eau distillée	1.000	grammes.
Sulfate de cuivre	5	—

Fsa. pour injections.

A cette dose, le sulfate de cuivre n'est point douloureux pour les accouchées et ne produit point d'altérations cutanées sur les mains des infirmières ou des gardes-malades. Il est, de plus, suffisamment antiseptique.

MÉDECINE

II. **Potion contre la toux.** — Cette préparation ou sirop de tolu composé est très approuvée des médecins de Montpellier. En voici la formule, d'après M. Grasset :

Sirop de tolu	300	grammes.
Eau de laurier-cerise	100	—
Teinture d'aconit	C	gouttes.

Dose : quatre à cinq cuillerées à dessert dans les vingt-quatre heures.

(1) Voir la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* (3 mai 1890).

Digitized by Google

III. **Potions contre la broncho-pneumonie catarrhale.** — On en alterne l'usage, et M. Grasset, qui les recommande, les prescrit aussi :

1° Toutes les deux heures, prendre une cuillerée à bouche de la préparation suivante :

Ipécacuanha concassé. . .	8	grammes.
Écorces d'orange amère. .	4	—
Eau.	100	—

Faire une décoction : réduire et infuser, puis après filtration, édulcorer avec :

Sirop de polygala ou sirop de fleurs d'oranger : 30 grammes.

2° Dans l'intervalle, donner un julep alcoolique par cuillerées :

Rhum ou eau-de-vie vieille. .	30	grammes.
Julep.	90	—

S. R.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES

DE L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE : **Société de médecine interne de Berlin** (16 et 23 juin 1890). I. *La pyloroplastie.* — AUTRICHE : **Société impériale et royale des médecins de Vienne** (27 juin 1890). II. *Des gommes ulcérées des paupières.* — SUISSE : **Société vaudoise de médecine** (3 juin 1890). III. *Des lavements d'eau salée dans l'anémie grave post-partum.*

I. **La pyloroplastie.** — Le traitement des rétrécissements pyloriques est plus ou moins bien réalisé par diverses opérations, entre autres par la divulsion selon la méthode de Loreta et par la pyloroplastie. Cette dernière est, pour M. A. KŒHLER, l'opération de choix.

Il en a fait usage dans deux cas : celui d'une jeune fille atteinte de rétrécissement pylorique cicatriciel, et celui d'une femme dont la sténose était due à un empoisonnement par l'acide sulfurique. La première malade guérit ; la seconde succomba, mais la mort ne parut pas être la conséquence immédiate de l'opération.

La statistique des pyloroplasties, d'après M. Kœhler, comprend, à l'heure actuelle, 16 cas, avec 12 succès. C'est assurément une statistique favorable. De plus, les quatre décès auraient été le résultat : une fois d'une hémorragie interne, et trois fois de l'inanition du malade antérieurement à l'opération.

Quelles sont les indications opératoires de la pyloroplastie ? On doit tenir compte de la vigueur du malade, de l'état de la nutrition générale, de la fréquence des vomissements et de la quantité des urines. Puis il faut établir s'il s'agit d'une sténose cicatricielle consécutive à des brûlures ou à un ulcère simple, ou bien d'une sténose avec hypertrophie et sclérose des tissus pyloriques.

Cela ne suffit pas, comme M. KLEMPERER le remarque ; il faut savoir encore : quel est le degré de la sténose ? Comment le reconnaître ? M. Klemperer recommande le gavage stomacal, par la sonde, avec l'huile Ce procédé consiste à introduire une certaine quantité d'huile, et, après deux ou trois heures, à retirer le liquide contenu dans la cavité gastrique. Si la sténose est complète, le volume de ce liquide n'a point diminué sensiblement.

Théoriquement, cette épreuve paraît de précision. C'est une erreur au témoignage de MM. LITTEN et LEYDEN, car le rétrécissement peut être considérable, sans cependant réaliser une occlusion parfaite du pylore et offrir un obstacle absolu au passage de l'huile. Ainsi donc, voilà encore un moyen de diagnostic dont la valeur est contestable et qui, somme toute, ne contribuera pas à rendre plus nettes les indications de la pyloroplastie.

II. **Des gommes ulcérées des paupières.** — Il y a sur les paupières, comme ailleurs, des gommes de nature très différente et conséquemment de diagnostic difficile. M. SALZMANN en a présenté deux cas à ses collègues de la Société império-royale des médecins de Vienne.

Chez ces deux malades, le premier symptôme éprouvé consistait dans du larmoiement, puis du gonflement diffus des paupières et la formation d'une petite tumeur ayant l'aspect d'un orgelet. Ces tumeurs étaient symptomatiques.

A cette période, succéda, après quelques jours, une phase d'ulcérations. Ces ulcères demi-circulaires, à base lardacée et à bords infiltrés, intéressaient toute l'épaisseur de la paupière. Chez l'un des malades, il existait des antécédents syphilitiques ; chez l'autre, le traitement spécifique échoua.

Bref, ces tumeurs et ces ulcérations sont-elles toujours de nature syphilitique ? M. Salzmann l'admet, malgré l'échec de la médication antisyphilitique dans le second cas. En tout cas, un traitement topique simple, combiné avec la médication interne, amène une guérison rapide ; ce qui permet de formuler un pronostic favorable contre cette affection, d'ailleurs exceptionnelle.

II. **Des lavements d'eau salée contre l'anémie grave post-partum.** — La nouveauté de la méthode laisse peut-être à désirer, mais ses résultats sont satisfaisants, d'après Frommel, E. Cohn en Allemagne, et Gill en Angleterre. M. HEER l'admet également et justifie son opinion par le fait suivant :

Une femme rachitique éprouve une hémorragie *post-partum* après son cinquième accouchement qui, au reste, comme les précédents, avait été laborieux.

Le pouls est faible, l'anémie extrême, le visage cadavérique ; il a une anémie aiguë complète. On a essayé le seigle ergoté et prescrit les stimulants, cognac, café, etc., quand M. Heer se décide à employer des lavements à l'eau salée. En voici la technique :

La malade étant couchée sur le dos et le bassin relevé, on injecte dans le rectum environ deux litres d'une solution d'eau salée à un demi pour cent ; soit une cuillerée à café de sel par litre. Une grande partie du liquide est absorbée. Le pouls remonte, l'état syncopal s'améliore.

Quelques heures après les mêmes accidents se reproduisent ; on répète le même traitement avec autant de succès.

La méthode des injections rectales d'eau salée offre, entre autres mérites, celui de la simplicité. C'est une supériorité sur le procédé des injections hypodermiques d'eau salée qui sont douloureuses, exigent un appareil spécial et demandent un temps considérable. On ne saurait donc trop partager l'avis de M. Heer et recommander au praticien de mettre à l'essai une médication si simple et si efficace. K. D.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 30 juin 1890

Présidence de M. le Dr DESCLOIZEAUX

De la craniotomie contre la microcéphalie. — M. LANNELONGUE fait lire par M. Verneuil une intéressante observation.

Il s'agit d'une enfant microcéphale en retard jusqu'à trois ans, incapable de manger des aliments solides, de marcher, de se tenir debout et de parler. M. Lannelongue, a eu l'idée d'élargir la boîte cranienne pour favoriser le développement du cerveau. Une incision, faite à un travers de doigt de la suture sagitale et parallèlement à elle, permit d'enlever une bande de tissu osseux, large de 6 millimètres et longue de 9 centimètres. L'opération fut faite du côté gauche, qui était le plus déprimé. La dure-mère fut respectée, la suture, sans drainage, amena une réunion rapide.

Digitized by Google

Le 15 juin, la jeune opérée est devenue calme, les cris incessants qu'elle poussait ont cessé dès le lendemain de l'opération; elle s'intéresse à tout ce qui l'entoure, elle joue, elle est heureuse qu'on s'occupe d'elle; elle comprend, elle essaie de parler et prononce quelques mots; enfin, elle ne bave plus, se tient debout, marche à pas réguliers et mange seule à table. Les phénomènes d'excitation cérébrale ont complètement disparu, en même temps que l'intelligence progresse et se développe rapidement.

La cicatrice cranienne est mobile, non adhérente à l'os et, à travers elle, on sent une dépression linéaire profonde. Reste à savoir si ce succès opératoire sera confirmé par l'avenir. En tout cas il fait honneur à l'opérateur, comme M. Verneuil l'a justement déclaré en lisant cette communication.

M. E

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 juillet 1890.

Présidence de M. le Dr Desormeaux

Ténotomie pour torticolis musculaire. — M. Jalaguier a pratiqué dix fois la ténotomie pour les torticolis rebelles. Deux fois il a coupé le chef sternal, une fois le chef claviculaire et trois fois le muscle tout entier. Dans tous les cas la guérison a été complète. Cinq fois il a employé la ténotomie sous-cutanée, en ayant soin de bien sentir avec le doigt engagé derrière le tendon rétracté le bout du ténotome, de façon à se rendre compte des rapports de l'instrument avec les tissus profonds. Une fois il a fait la section complète du muscle à ciel ouvert. Jamais il n'a éprouvé de complication. Il est impossible de blesser la veine jugulaire interne, toujours éloignée de la corde tendue par le muscle rétracté. L'appareil de Sayre, que l'on applique aussitôt après, constitue un progrès réel. M. Jalaguier l'enlève vers le quinzième jour et fait pratiquer des séances de massage sur le muscle malade, de façon à augmenter la souplesse et la longueur de ses faisceaux.

M. Championnière a renoncé depuis de longues années à la ténotomie sous-cutanée, qu'il considère comme dangereuse à cause de la blessure possible des vaisseaux, et comme infidèle, parce qu'elle ne met pas à l'abri des récidives. Celles-ci sont dues à la persistance de fibres tendineuses qui n'ont pas été sectionnées.

M. Berger juge cette opération à un point de vue tout à fait différent. Chez les jeunes filles, il faut à tout prix éviter la formation au cou de larges cicatrices apparentes; la ténotomie sous-cutanée n'y expose pas, c'est pour cette raison qu'il préfère cette méthode.

M. Kirmisson. — Quand le tendon claviculaire rétracté est épaissi et englobé dans une masse de tissu scléreux, la ténotomie sous-cutanée est impuissante à couper toutes les fibres, de plus elle devient dangereuse, il faut alors sectionner le trousseau fibreux à ciel ouvert.

M. Quenu opérait il y a huit jours à ciel ouvert une enfant de deux ans et demie atteinte de torticolis congénital impossible à redresser. Le faisceau claviculaire était considérablement épaissi, il en était de même du faisceau sternal. En pratiquant les sections, M. Quenu ouvrit une veine qui donna lieu à une forte hémorragie; il put la pincer immédiatement et la lier. S'il n'avait pas opéré à découvert, il aurait eu certainement un accident grave à regretter. Le redressement a été parfait et s'est maintenu sans appareil. L'enfant tourne facilement la tête à droite et à gauche.

Incision des abcès tubaires et ovariques par la voie vaginale. — M. Bouilly écarte tout d'abord les abcès des ligaments larges, les péritonites suppurées et enkystées dans la cavité de Douglas, les hématocèles rétro-utérines. La méthode s'adresse uniquement aux collections de l'ovaire ou de la trompe franchement purulentes et réunies en un seul foyer. Celui ci est en général assez élevé au-dessus des culs-de-sac vaginaux. Pour le trouver, il faut combiner le toucher vaginal et le palper abdominal.

M. Bouilly a traité de la sorte six malades; cinq en guérirent en quelques jours; chez la sixième, il persiste une fistule qui rend la situation précaire; d'ailleurs, l'état général de cette femme a toujours été très mauvais.

Cette opération est indiquée lorsque l'état des malades ne permet pas la laparotomie et qu'il y a possibilité d'atteindre la poche par le vagin. Cette poche doit être grande, unique et facile à vider. Ces notions sont acquises par la pratique du palper et du toucher combinés. Si l'on sent plusieurs abcès, il faut s'adresser à une autre opération; il en est de même si les lésions sont doubles, intéressant les deux ovaires. Dans ces cas, il est plus prudent de faire la laparotomie.

Ces abcès, à cause même de leur élévation, ne font pas saillie vers les culs-de sac vaginaux; il faut donc abaisser ces derniers en déprimant légèrement la paroi abdominale. L'anesthésie chloroformique complète est absolument nécessaire. Avec un spéculum de Sims, on déprime la paroi vaginale postérieure. Un trocart, glissé sur le doigt, est poussé dans l'abcès; puis le bistouri est introduit sur ce trocart comme conducteur et l'incision est élargie avec une pince. Il est préférable d'employer ce procédé, qui n'expose pas à la blessure des branches de l'artère utérine. On introduit alors un gros drain et on lave le foyer à outrance. La cicatrisation est en général rapide et est complète vers le 20e jour.

Cette méthode ne convient pas à toutes les salpingites ou ovarites suppurées, mais, bien employée, expose à des dangers moindres que la laparotomie.

Dr H. Marcigny.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 juillet 1890

Présidence de M. le Dr Dumontpallier

Exostoses de croissance. — M. Legroux présente une enfant de sept ans, entrée dans son service pour une chorée rapidement guérie par l'antipyrine et atteinte d'exostoses ostéogéniques très nombreuses. Elle ne présente aucun antécédent pathologique héréditaire, ni syphilis, ni rachitisme, ni tuberculose. Ces exostoses sont très faciles à voir et à sentir avec le doigt; elles sont situées au niveau des cartilages épiphysaires; quelques-unes même s'étendent sur la diaphyse des os longs. Les plus volumineuses occupent l'extrémité inférieure des fémurs et supérieure du tibia; on en trouve jusque sur la face interne des omoplates. Leur nombre est très considérable; l'enfant n'en est aucunement gênée.

M. Laveran. — Il est fréquent de constater sur les conscrits des exostoses de croissance. Leur siège le plus fréquent est la face interne des fémurs. Cette difformité rend ces jeunes gens impropres au service de la cavalerie; on les fait alors entrer dans l'infanterie. Jamais il n'en a vu d'aussi nombreuses que chez la malade de M. Legroux.

Bégayement hystérique. — M. Ballet présente un jeune instituteur atteint d'un trouble de la parole, qu'il considère comme un bégayement hystérique. Ce malade n'offre aucun antécédent nerveux héréditaire. Trois jours après avoir reçu un coup sur la tête, dans un bal public, il eut une crise convulsive, pendant laquelle il perdit incomplètement connaissance. Quelques jours après, il éprouva une hésitation de la parole, qui ne disparaissait qu'à de rares intermittences. Enfin, il a présenté

Digitized by Google

des troubles cérébraux bizarres, se rapprochant beaucoup de la folie du doute. Le médecin qui le soignait, en province, considera ces troubles comme consécutifs à une lésion des centres moteurs (le coup avait porté sur le pariétal gauche) et l'envoya à Paris pour être trepané. M Ballet n'est point de cet avis. Dès qu'il a entendu parler ce malade, il a immédiatement reconnu les caractères du bégayement hystérique, qui, d'ailleurs, chez ce malade comme chez tous les autres, est intermittent. La crise convulsive initiale est une simple crise d'hystérie traumatique, comme son bégayement Cet individu ne présente pas de stigmates, à l'exception d'un léger rétrécissement du champ visuel à gauche.

Mortalité de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux. — M. Merklen lit un rapport au nom de la commission nommée pour étudier cette question, comparativement aux traitements employés. Des années 1866 à 1881, cette mortalité a été de 21 0/0 : de 1881 à 1888, de 14 0/0 ; enfin, en 1889, elle a été de 13.5 0/0. Vingt et un médecins seulement ont fait connaître leur statistique pour l'année 1889. Les résultats sont donc très incomplets. D'ailleurs, il est difficile de baser une statistique sur les traitements employés, ceux-ci étant très variés. La méthode de Brandt, employée par quelques médecins, a donné les résultats les plus favorables.

M. Desnos lit un rapport sur un mémoire de M. Le Clerc, intitulé : *L'épidémie de grippe à Saint Lô.* H. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 juillet 1890

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

M. Tarnier lit les conclusions d'un rapport de MM. Laulanié et Chamberlent sur la grande **diminution de toxicité des urines des femmes enceintes**, surtout vers la fin de la grossesse. Cette toxicité est bien plus faible que celle de l'urine normale, deux fois sur dix expériences, l'urine était moins toxique que l'eau pure. On peut en conclure que l'organisme des femmes enceintes, vers la fin de la grossesse, retient les substances toxiques ordinairement éliminées par l'urine.

M. Galezowski lit une note sur **débridement circulaire du globe oculaire atrophié**, dans l'ophtalmie sympathique. Au lieu d'enlever l'œil, il se contente d'inciser tous les nerfs et les vaisseaux autour du globe oculaire et d'exciser une partie du nerf optique.

M. Féréol lit un rapport de M. Laboulbène qui signale la fréquence plus grande, à Paris, du tænia inerme, qui tend à remplacer le tænia solium.

M. Péan lit une note sur l'**hystérectomie vaginale**. Il insiste sur deux points : 1° nécessité de soigner l'endométrite, cause des suppurations dans les organes péri-utérins ; 2° utilité de l'hystérectomie, dans les suppurations anciennes de ces organes, pour éviter des accidents consécutifs.

M. Nocard lit le discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Goubaux.

Accidents du chloroforme. — M. Verneuil répond à M. Laborde. Il ne veut pas réveiller la querelle entre les physiologistes et les chirurgiens : du reste, ce débat n'a pas une grande utilité Il persiste à croire que les expériences de laboratoire ne sont pas toujours applicables à l'homme et ne peuvent expliquer un grand nombre d'accidents observés chez ce dernier. Il ne conteste pas les services rendus par la physiologie, mais il ne faut pas les exagérer. Il y a de nombreux cas où le laboratoire doit céder le pas à la clinique. La syncope observée chez l'homme diffère du tout au tout de celle observée chez les lapins. La cause de la syncope cardiaque chez l'homme n'est pas la même que chez le lapin.

Quant aux moyens indiqués par M. Laborde (association de la morphine ou de l'atropine, ou des deux) ils sont loin d'être infaillibles. On peut faire aussi bien avec les simples précautions prises par tous les chirurgiens. Les mélanges titrés n'ont pas rendu les services qu'on en attendait. M. Verneuil fait voir que les accidents observés dans le laboratoire ont une quasi uniformité. Il n'en est pas de même chez l'homme.

Elections. — Sont nommés membres associés étrangers : MM. Van Beneden, par 48 voix sur 56 votants ; West, par 32 voix sur 54 votants. F. R.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE BERLIN

On a pu lire le 3 juillet dernier, dans un journal politique, le *Temps*, l'entrefilet suivant :

« Relativement au congrès médical qui aura lieu à Berlin » au mois d'août, M Virchow dans la *Deutsche medizinische* » *Wochenschrift*, répond à la *Revue générale de clinique et de* » *thérapeutique* (1), que la conciliation était nécessaire sur le » terrain scientifique, et exprime la certitude qu'un accueil » cordial sera fait aux médecins français qui viendront à Berlin » au mois d'août. »

Je regrette de n'avoir pas à ma disposition l'article original du journal allemand ; car, son résumé me paraît incompréhensible.

M. Virchow parle de conciliation sur le terrain scientifique. D'accord ; et je répète volontiers ce que je disais à cette même place (2) il y a quelques mois : « Qui sait ? La science est peut-être la meilleure et la plus pacifique des diplomaties. »

Mais, il y a un moyen de faire de la conciliation : c'est d'abord d'effacer l'insulte. Or, après avoir fait siennes les paroles de Carl Stark, après avoir répété avec « cet aliéniste distingué de l'Allemagne du Sud », que « *l'état mental de la nation française se rapproche* » *de l'idiotie parayltique ou de la folie raisonnante* », R. Virchow, animé déjà, en 1871, d'un esprit très conciliateur, ajoutait cette phrase :

« Nous citons ceci, non pour lancer une insulte, mais parce que, dans une grande partie de notre nation, l'opinion prévaut que les Français sont atteints de la manie des grandeurs (*Grössenwahn*). »

Ainsi, Virchow, en s'appropriant les paroles de Stark, affirme qu'il n'a pas voulu « lancer une insulte. » Jugez alors, s'il l'eût voulu, de ce qu'il aurait pu dire !

« Monsieur, vous êtes un misérable !... » dirait un homme très conciliateur à son voisin, en s'empressant d'ajouter avec force politesses : « Notez bien, monsieur, que je ne veux pas vous lancer une insulte. »

La conciliation ? Commencez les premiers, messieurs !

Vous nous la demandez, mais vous ne la faites pas.

Elle était presque faite, si les médecins allemands avaient choisi comme président du Congrès un savant moins compromis par son attaque injurieuse contre une

(1) Voir la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1890, n° 26, page 420.

(2) *Revue gén. de clin. et de thérap.*, n° 4 du 23 janvier 1890, p. 55.

Digitized by Google

nation malheureuse. Elle pourrait sans doute se faire si R. Virchow donnait sa démission, ou encore si un bon et généreux mouvement lui faisait supprimer par une déclaration nette, loyale et sans ambiguïtés, les paroles qu'il a prononcées. Mais, nous pouvons attendre sous l'orme : aucune de ces deux solutions ne viendra.

M. Rudolph Virchow veut bien nous assurer de « l'accueil cordial qui sera fait aux médecins français. » Nous n'ignorons pas que notre savant confrère soit un homme très bien élevé, et nous savons à l'avance qu'il saura observer à notre égard toutes les règles de la politesse. Mais, que vaut cette politesse succédant aux paroles que l'on sait, quand l'auteur ne les a point effacées?

Dans les conditions nouvelles qui leur sont faites, je le répète, les médecins français peuvent-ils, sans compromettre leur dignité d'hommes, assister au Congrès de Berlin?

HENRI HUCHARD.

BULLETIN DE LA SEMAINE

La médecine au Parlement. — La loi sur l'exercice de la médecine et la Chambre des Députés. — La nomination de M. le Dr Tillaux à la Faculté de médecine.

Cette fois, on le dit, la nouvelle est certaine; on réforme la loi sur l'exercice de la médecine. Depuis que l'on en parle, il serait temps, en effet, d'aboutir.

Eh bien! on aboutit et la Commission de la Chambre des députés a fini par se mettre d'accord, affirme-t-on, sur les projets nombreux qui ont l'excellente intention de réaliser ces réformes, propositions de MM. Chevandier et Lockroy, rapport de M. Brouardel, avis du Comité d'hygiène, dont on ne s'explique guère l'intervention dans cette affaire, qui n'est point sanitaire, proposition de M. David... Des projets, beaucoup de projets! mais des solutions? Pour cela, c'est une autre affaire.

Enfin, les commissaires ont clos leurs débats. On nous le dit, croyons-le. *Gaudeamus amici.* Un enfant va donc venir au monde; il aura pour acte de naissance un rapport que M. Chevandier rédige. Si la politique, ses circonstances et ses surprises le permettent, il recevra, sous forme d'un vote approbatif, le baptême parlementaire.

Sera-ce avant la Saint-Sylvestre prochaine? Pourvu que ce ne soit pas après Pâques ou seulement à la Trinité. Après tout, cela s'est vu; et puis, voilà, ce semble, plus d'un demi siècle que l'on attend

Réjouissez-vous donc, ou, plutôt, ne vous réjouissez pas trop vite, médecins de France et de Navarre: on ne sait jamais ce qui peut arriver.

A en juger par le rapport qui se rédige et qui s'achève, cette loi, je devrais dire cet enfant, portera la marque de son origine.

Quant on a plusieurs pères, il faut bien par quelque chose ressembler à chacun d'eux. Beaucoup y ont collaboré et cet enfant sera de sang mêlé.

Voici l'article 1er; il dit que :

« Nul ne peut exercer la médecine, ni en France, ni aux » colonies, sans être pourvu d'un diplôme de docteur en méde- » cine, délivré par le gouvernement français, après des exa- » mens subis *devant un établissement supérieur médical de* » *l'Etat.* »

Vous avez lu? Un établissement supérieur? Le rédacteur de cet article est un habile homme, il ne condamne pas l'officiat de santé, il ne le maintient pas non plus; il n'ouvre, pas contre les Ecoles secondaires, l'ère de la faillite des candidats, un danger qui les menacerait si la loi abolissait l'officiat de santé. Il ne mentionne pas non plus ces mots : « Facultés de médecine ». Mais ce serait préjuger des décisions ministérielles à intervenir sur la constitution d'un corps d'examinateurs et d'une sorte de jury d'Etat. Le comble de la diplomatie n'a-t il pas toujours été de satisfaire tout le monde, son père, les députés régionaux et leurs électeurs?

L'article 2 impose aux étrangers les mêmes règles de scolarité qu'aux Français. Il les autorisent à obtenir l'équivalence des études préparatoires.

L'article 5 déclare que, pour être dentiste, il faut être docteur en médecine.

L'article 10 autorise les *associations médicales* à intervenir comme partie civile dans la poursuite de l'exercice illégal de la médecine. Malheureusement, il ne spécifie point les associations médicales ou syndicales auxquelles on reconnaîtra ce privilège. Est-ce un oubli? Je ne sais : en tout cas il y a là un point fort obscur qui mériterait d'être discuté.

La Commission se refuse à imposer aux médecins l'obligation légale de donner à « l'autorité les renseignements utiles à l'hygiène » — comme M. Chevandier le demandait — et « de déclarer les cas de maladies trans- » missibles en se conformant aux listes dressées par le » ministre, sur l'avis du Comité consultatif d'hygiène et » par l'Académie ». — comme M. Brouardel le réclamait. Ici, la Commission a fait acte de justice et de bon sens. Elle n'a pas voulu attenter à la liberté professionnelle du médecin ou en faire un fonctionnaire. Elle a estimé que la réglementation de ces questions doit être l'œuvre des décrets et des lois sur la police sanitaire.

Même réserve sur les conditions relatives à la scolarité et aux examens. Ces questions sont de compétence universitaire. On s'en doutait, la Commission le rappelle: il semble d'ailleurs prudent de les réserver au moment où le ministre prépare la nouvelle règlementation sur la collation des grades, sur laquelle nous reviendrons prochainement.

On le voit donc : le projet de loi qui sera soumis à la Chambre des députés a été conçu et rédigé dans un esprit éclectique. Sa paternité est partagée. Voilà peut-être le motif pour lequel ce nouveau-né paraîtra viable, verra le jour, et deviendra grand. De grâce, messieurs les députés, trouvez un instant pour le faire vivre; votez-le puisqu'il réalise quelques améliorations, et ne l'ajournez pas aux calendes de l'année prochaine.

***

Cette semaine, la Faculté de médecine, réunie en Conseil, a fait une bonne action. Cela, quelquefois, lui arrive. Elle a résolu de présenter en première ligne,

Digitized by Google

pour la chaire de médecine opératoire, un chirurgien justement aimé, M. le Dr Tilleux. C'était justice. L'admission de ce maître estimé aux honneurs du professorat ne contribuera pas peu à augmenter le bon renom de l'enseignement chirurgical parisien. Pour ma part, au nom du Directeur et du comité de rédaction du *Journal des praticiens*, je suis heureux d'exprimer à l'élu d'hier et au titulaire de demain, nos félicitations les plus sympathiques et les plus chaleureuses.

CH. ELOY.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

La spécialisation de l'enseignement et de l'agrégation. — On lit dans la *Tribune médicale* du 3 juillet dernier la protestation suivante :

Le Conseil des professeurs de la Faculté a émis, relativement à la distribution d'une partie de l'enseignement aux agrégés, pour les conférences du semestre d'hiver prochain, un vote qui est en contradiction flagrante avec le nouvel ordre de choses établi par les derniers concours.

Parmi ces réformes est la bifurcation qui sépare les épreuves communes du concours d'agrégation d'anatomie et de physiologie de façon à consacrer la spécialisation de chacune de ces branches de l'enseignement.

La réforme a été heureusement consommée. Un agrégé en physiologie a été immédiatement désigné pour les conférences de physiologie du semestre dernier ; nous pourrions, nous serions pleinement autorisés à ajouter que le résultat a parfaitement répondu, par la réussite, à ce qu'il était permis d'attendre.

Eh bien, le Conseil de la Faculté a émis un vote par lequel il dépossède l'agrégé spécialisé pour confier l'enseignement auxiliaire de la physiologie à un ancien agrégé d'anatomie et de physiologie. Cet acte n'implique-t-il pas, en soi, une contradiction formelle avec la réforme opérée ?

A quoi a servi dès lors la spécialisation des épreuves et du concours ?

Nous avons entendu parler de droits acquis et d'effet rétroactif. Il ne s'agit de rien de pareil : les droits acquis tombent ici, et doivent s'incliner devant les droits nouvellement établis, lorsque ces droits sont ceux, non pas des personnes, mais ceux de l'enseignement, solidaires de ceux de l'intérêt public.

NOUVELLES SANITAIRES

FRANCE

Les mesures prophylactiques contre le choléra. — L'exécution des récents décrets sanitaires et l'application de la loi de 1822 se poursuivent énergiquement sous l'impulsion de M. Constans, ministre de l'intérieur et de M. Monod, directeur des services d'hygiène au ministère.

Sur la frontière on a établi de nouveaux postes sur les routes de terre ; entre autres à Arneguy, Ainkoué et Port Urdos, en raison du mouvement des voyageurs pendant la foire actuelle de Pampelune. A Cerbère, plus de 1,500 voyageurs ont été visités jusqu'à ce jour.

A Paris, pendant la dernière semaine de juin, le service de surveillance médicale sanitaire a visité près de 400 voyageurs venant d'Espagne. Ce service est assuré par 182 médecins. Au reste, contrairement aux informations fantaisistes de quelques reporters extra-médicaux et médicaux, tous les voyageurs soumis à cette surveillance sanitaire étaient exempts d'accidents cholériformes. On doit donc constater l'excellence des mesures de prévoyance sanitaire dont le ministre de l'intérieur et le préfet de police ont pris l'initiative dès les premières nouvelles de l'épidémie.

ÉTRANGER

ESPAGNE. — **L'épidémie cholérique de 1890.** — Jusqu'à présent, d'après la lettre de l'un de nos correspondants, l'épidémie reste localisée aux environs de Puebla de Rugat ; une douzaine de villages, parmi lesquels les derniers contaminés sont : Manuel, Jeneva, Lugar, Nuevo, Portanelli, Cullera, Alcacer et Cuatrodenda.

Malgré les cas suspects que je vous ai signalés à Valence, l'état sanitaire de cette ville reste, somme toute, assez satisfaisant. Au reste, des dispositions ont été prises par la municipalité pour intervenir rapidement dès qu'un cas suspect est signalé. On a divisé la ville en dix circonscriptions ; chacune d'elles est desservie par une station de secours qui communique avec un poste central.

L'expérience des quarantaines portera-t-elle profit ? Oui, sans doute ; car au lieu de cordons sanitaires isolant les localités contaminées, on procède à la désinfection et à la surveillance des personnes venant des villages contaminés.

AUTRICHE. — Une circulaire du ministre de l'intérieur invite les municipalités, comme mesures préventives, à veiller sur la contamination des conduites d'eau dans le cas d'une importation de l'épidémie. Le conseil supérieur d'hygiène, par une décision du 21 juin, a prohibé l'importation des chiffons et débris de cordages venant de l'Espagne ou de la Turquie d'Asie.

Le délégué sanitaire autrichien, en Egypte, a reçu, comme les médecins sanitaires de France et de Turquie dans ce pays, des instructions rigoureuses pour surveiller à Port-Saïd et à Suez les pèlerins à leur retour de la Mecque.

PORTUGAL. — Depuis le 21 juin, l'importation des fruits et des végétaux venant d'Espagne est interdite. Le conseil de la santé publique a prescrit une enquête sur l'état des égouts à Lisbonne et l'inspection des rivières Cruz, Quebrada et Algès. On a désigné l'hôpital Sainte-Marthe pour recevoir éventuellement les cholériques ; organisé un système de visites sanitaires dans les divers quartiers de la ville et prescrit la notification immédiate des cas suspects. Les voyageurs venant d'Espagne sont astreints, sur la frontière, à une visite médicale.

INFORMATIONS

PARIS

Stations municipales de voitures d'ambulances. — Aujourd'hui mardi, 8 juillet, l'administration municipale a inauguré, 21, rue Chaligny, la nouvelle station de voitures d'ambulance pour le transport des contagieux, dont la création a été votée par le Conseil municipal.

Cette cérémonie, à laquelle M. le Préfet de la Seine avait eu l'heureuse idée, dont nous le remercions, d'inviter de nombreux médecins parisiens, est pourvue de voitures spéciales et de brancards. Au premier avertissement verbal, téléphonique ou télégraphique, une voiture portant une infirmière des hôpitaux, se rend au domicile du malade. Un certificat du médecin traitant doit indiqué la nature de la maladie :

Après chaque opération, la voiture et le personnel sont minutieusement désinfectés.

A la station de la rue Chaligny sera annexée une étuve à vapeur sous pression pour la désinfection de la literie ayant servi aux transports et accessible au public.

Digitized by Google

Conseil général des Facultés (*Séance du 7 juillet*). — Dans cette réunion on a émis et adopté le vœu d'une augmentation des crédits affectés à l'entretien des bâtiments de la Faculté de médecine.

On a entendu ensuite un rapport de M. Bufnoir, professeur à la Faculté de droit, sur l'équivalence internationale des grades. Au point de vue universitaire, elle est possible. Au point de vue professionnel, le rapporteur paraît admettre que l'autorité nationale a pour devoir de refuser toute valeur aux attestations de capacité délivrées à l'étranger.

Quant à l'équivalence internationale des études, elle ne devrait être accordée qu'après avis de la Faculté compétente.

DÉPARTEMENTS

LYON. — **Conseil général des Facultés.** — Ce conseil vient d'adopter les vœux suivants :

1° Personnalité civile donnée à chaque Université.

2° Transformation du Conseil général des Facultés en Conseil général de l'Université, la présidence appartenant au recteur, et la vice-présidence à un chancelier de l'Université. Ce conseil aurait pour attributions la gestion des biens de l'Université, la haute surveillance des secrétariats, le visa des pièces relatives à l'enseignement supérieur.

3° Traitement égal des professeurs dans toutes les Universités.

4° Constitution par voie électorale d'un comité supérieur des universités élaborant les programmes et réglant l'avancement.

5° Représentation des Universités au Conseil supérieur de l'Instruction publique.

La mortalité des diphtériques à l'hôpital de la Charité de Lyon. — Un service d'isolement a été créé dans cet hôpital depuis le 1er mars 1887. Voici, d'après M. Rabot, la mortalité annuelle dans ce service depuis trois années :

Pendant la première année, la mortalité a dépassé 50 pour cent et la tracheotomie a donné 36 succès sur cent.

Pendant la seconde année : mortalité 54 pour cent ; succès des tracheotomies, 34 pour cent.

Durant la troisième année : mortalité de 30 pour cent et succès des tracheotomies, 33 pour cent.

LILLE. — **La future Université de Lille.** — A la dernière séance du Conseil municipal, le doyen de la Faculté des Lettres a déposé un rapport au nom de ses collègues municipaux, demandant la création à Lille d'une Université.

POITIERS. — **La future Université de Poitiers.** — Le Conseil municipal paraît disposé à dépenser une somme de cinq cent mille francs pour perfectionner l'enseignement dans les Facultés de cette ville et à la condition qu'une Université soit créée dans cette ville.

NOUVELLES MILITAIRES

Nomination dans le corps de santé de la marine (Activité). *A l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe* : M. le Dr Pierre.

VARIÉTÉS

Une conséquence médicale de la retraite du prince de Bismarck. — Il paraît que les ophtalmologistes allemands attribuent la fréquence de la myopie et des troubles visuels en Allemagne à l'usage des caractères typographiques gothiques dans les livres scolaires. C'est M. de Bismarck qui a été jusqu'ici le principal et tout-puissant opposant à leur remplacement par les caractères romains. M. de Bismarck est à la retraite, et l'on se demande si, cette réforme se réalisant, on va rendre meilleure la vue des écoliers allemands. Grand événement politique; important effet physiologique !

Une application de la physique à la médecine. — *Démonstration expérimentale de l'ægophonie.* — M. LUTON vient de publier la note suivante dans l'*Union médicale du Nord-Est* :

L'*ægophonie* est, comme tous les bruits qui nous entourent, un composé de plusieurs sons élémentaires : c'est en cela que consiste le *timbre* des sons. C'est au moyen d'appareils, appelés *résonnateurs*, que ce fait fondamental peut être vérifié. Or, nous avons dit que l'ægophonie résultait très vraisemblablement de la superposition de deux sons au moins en discordance musicale. De ces deux composants, l'un est le bruit vocal, transmis intégralement par les parties solides du cou, de la poitrine, et quelquefois même par le poumon induré, l'autre, plus faible, et comme lointain, a dû traverser, en s'y réfractant, l'épanchement liquide de la plèvre. Ces deux sons quoique issus au même instant, du même point, se dissocient par suite du léger retard que la sérosité épanchée imprime aux vibrations qui la traversent ; et tous deux arrivent presque simultanément à l'oreille, en se mêlant à cette discordance désagréable qu'on appelle : ægophonie.

Si l'on vient à ausculter la voix d'un malade, atteint d'un épanchement pleurétique, et faisant entendre très nettement l'ægophonie, il suffira de supprimer l'un des deux bruits superposés, pour faire disparaître au même moment ladite ægophonie.

En effet, prenez un résonnateur d'Helmoltz, soit le *sol* 3 ; écoutez, comme il est dit, la voix du malade, en appliquant l'instrument sur le point de la poitrine qui fait entendre l'ægophonie à son maximum, immédiatement celle-ci disparaît et fait place à une bronchophonie faible. Le choix du résonnateur sera subordonné au *ton* habituel de la voix du malade. Il arrivera même parfois que cette voix, ne répondant exactement à aucune note définie, il faudra chercher le résonnateur parmi ceux qui n'ont point de notation précise. La suppression du son fondamental, et la conservation du son réfracté, conduiraient au même résultat ; mais jusqu'ici nous n'avons pas encore pu isoler ce second bruit d'une façon très nette. Cela ne saurait compromettre notre démonstration.

L'emploi des résonnateurs, en séméiologie, est susceptible de se généraliser : c'est ainsi, tout d'abord, qu'au moyen du grand résonnateur *ut* 2, nous avons reproduit chez nos pleurétiques tous les phénomènes *amphoriques*, avec la plus grande intensité ; y compris le *tintement métallique*, que nous n'avons jamais si bien entendu.

Les *bruits du cœur*, soumis à ce genre d'analyse, en recevraient, sans doute, de nouveaux éclaircissements. Tout d'abord, le *bruit diastolique* nous apparaît double au moins, avec une partie mitrale et une partie tricuspide. De même le *bruit diastolique* comporte les mêmes éléments, mais avec une tonalité différente. Qui plus est, les six valvules sigmoïdes pourraient, à moins d'une forme et d'une structure absolument identiques, donner des sons différents, pour peu que leur conformation présentât, par hasard, des nuances méconnues.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Fèvre (de Paris), Meyhœffer (de Nice), Gaillard (de Besseges), Bouchis (de Faon), et Amagat, agrégé à la Faculté de Montpellier et député de Saint-Flour.

En Danemark : M. le Dr E. Hornemann, professeur honoraire d'hygiène à la Faculté de Copenhague.

Le Directeur-gérant : HENRI HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE — N° 29 — 16 JUILLET 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ELOY

COMITÉ DE RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

CLINIQUE MÉDICALE

Ecole de médecine de Nantes : M. le Dr TRASTOUR

De la technique de l'amplexation

Elève de Chassaignac, je pratique l'*amplexation*.

A l'appui des justes et utiles remarques de M. le Dr Charpentier (*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique du 25 juin* 1890), je peux dire que ce procédé d'exploration me rend, tous les jours, les plus grands services, surtout pour l'abdomen.

Pour l'examen des *entéroptosiques* et des *dilatés*, il est important de placer devant soi le malade, bien assis sur une chaise, les deux mains posées sur les genoux, la tête et le tronc légèrement penchés en avant, tout cela sans contraction, ni raideur.

Le médecin, assis lui-même, en général à la droite du malade, pose à plat la main gauche sur la région lombaire, en la pressant d'un côté, puis de l'autre, pendant qu'il explore, avec la main droite, toute la cavité abdominale.

Comme M. Charpentier le dit fort bien, les sensations, perçues par la main exploratrice, sont ainsi plus nettes et plus délicates ; les résistances musculaires sont plus facilement vaincues, surtout en détournant l'attention du patient par une question inattendue ; les graisses, les liquides, les gaz sont aussi plus facilement déplacés.

Pour l'exploration du bord inférieur du foie, pour l'estomac, la rate et les reins, on demande au malade une inspiration lente et profonde ; la main droite, placée à l'*affût*, suivant l'expression pittoresque de Glénard, sent et apprécie très bien le volume, la forme, la consistance, l'épaisseur des organes que le diaphragme, en se contractant, amène à sa portée.

J'avoue que je préfère *au procédé du pouce*, que M. Glénard recommande pour le rein et pour le foie, ce procédé de l'amplexation qui me semble plus facile et plus précis, et qui donne des notions plus larges sur l'état des organes abdominaux. On découvre ainsi, M. Charpentier a raison de le dire, des reins en prolapsus ; les tumeurs, les indurations, les encombrements coliques sont aussi mieux appréciés.

Bien entendu, je contrôle et je complète les résultats que donne l'amplexation par tous les autres signes physiques : inspection, percussion, etc.

L'*épreuve de la sangle* (Glénard) est un signe capital qu'il ne faut point oublier ; c'est encore de l'amplexation.

On arrive souvent ainsi à reconnaître que, faute d'un point d'appui suffisant dans la paroi antérieure de l'abdomen, à la région hypogastrique surtout, des troubles gastro intestinaux, cardiaques, pulmonaires cérébraux ou neurasthéniques s'entretiennent indéfiniment, au grand détriment et à la grande désolation des malades. L'amplexation démontre que les *déséquilibrés du ventre* sont bien plus nombreux qu'on ne le croit.

LE TRAITEMENT DES MALADIES

REVUE BI-MENSUELLE DE THÉRAPEUTIQUE

Problème thérapeutique. — TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE. — *Indications thérapeutiques. — Mode d'administration des bromures. — Comment combattre le bromisme? — Principaux succédanés des bromures. — Quelle conduite tenir en présence d'une attaque d'épilepsie ?*

Voici trois malades atteints d'épilepsie :

Le premier est un jeune homme qui a jour et nuit des attaques fréquentes des vertiges, des absences et tout le cortège habituel de la forme commune.

Le second n'a des attaques que la nuit ; il présente cette forme d'épilepsie dite épilepsie nocturne, qui est la plus rebelle au traitement.

Le troisième, enfin, a des attaques qui résistent à la médication habituelle, c'est-à-dire à la médication bromurée.

Quelles sont les indications thérapeutiques à remplir ? Quel est le mode d'administration et la dose des bromures ? Par quelle médication, dans le dernier cas, remplacer les bromures ? Comment combattre le bromisme ? Quelle est la conduite à tenir en présence d'une attaque d'épilepsie ?

1° L'indication capitale, est de combattre la maladie, c'est-à-dire de prévenir les accès ou de modérer les attaques épileptiques. La meilleure manière de traiter l'épilepsie, c'est d'administrer *le bromure de potassium*. L'honneur d'avoir appliqué le premier ce médicament au traitement du mal comitial, revient à un médecin anglais, Locock (1853).

2° Le bromure doit être administré suivant certaines règles qu'il est indispensable de connaître. Pour favoriser l'accoutumance du malade, il faut commencer par une dose faible, que l'on augmente progressivement, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à la dose moyenne. Cette quantité doit être prescrite en plusieurs fois, un quart d'heure avant ou une demi-heure après chaque repas ; il ne faut pas le donner en une seule fois, parce qu'en raison de son élimination assez rapide, ce médicament n'impressionnerait pas le système nerveux d'une façon constante.

La dose quotidienne de 3 à 4 grammes n'est pas suffisante pour combattre l'épilepsie ; il faut arriver aux doses moyennes de 6 à 8 grammes. Quant aux doses de 10 à 12 grammes, elles sont excessives et ne doivent pas être dépassées.

Digitized by Google

On pourra user de la solution suivante :

Bromure de potassium.....	40 grammes
Eau distillée.....	600 —

Cinq à six cuillerées à bouche par jour.

La médication bromurée doit être continuée sans interruption pendant de longues années, et doit faire partie de l'alimentation quotidienne de l'épileptique, comme je l'ai démontré, en 1883, dans le *Traité des Névroses* (1).

« Le mal doit être attaqué sans trève, dit Trousseau ; l'économie doit sans cesse être sous l'empire du médicament, si vous ne voulez pas qu'elle retombe sous le joug de la maladie que vous forcez à se taire. »

Dès qu'un épileptique était un an sans crise, Legrand du Saulle recommandait de donner encore le médicament de deux jours l'un, pendant la première quinzaine de chaque mois, et tous les jours pendant la seconde quinzaine. Après dix-huit mois de disparition des convulsions, il donnait le bromure de trois jours l'un pendant la première quinzaine et tous les jours pendant la seconde quinzaine. Enfin, après deux ans, il faut encore le prescrire de quatre jours l'un, pendant la première quinzaine du mois, et tous les jours pendant la seconde quinzaine, et ainsi de suite.

II. — Quant à l'épilepsie nocturne, un exemple tiré de ma pratique va nous fournir le moyen de la combattre.

Un jeune épileptique, atteint de cette forme, prenait, sur les ordonnances de son médecin, jusqu'à 12 grammes de bromure de potassium par jour. Malgré cette dose élevée, les accès restaient aussi fréquents. Je m'enquis de la façon dont le bromure était administré et j'appris que le malade le prenait par quantité de 2 grammes dans la journée. Or, le bromure étant un médicament à élimination rapide, il arrivait que, pendant la nuit, son organisme s'était débarrassé de tout le sel en question. Je lui prescrivis seulement 6 grammes à prendre exclusivement le soir et les attaques d'épilepsie nocturne disparurent comme par enchantement.

Conclusion : Dans l'épilepsie nocturne, il faut prescrire le bromure de potassium, principalement le soir, à l'approche de la nuit, pour être sûr de l'action médicamenteuse.

III. — En présence d'un épileptique dont les accès résistent au bromure, il faut recourir à d'autres armes. Deux médicaments surtout méritent notre attention : la *picrotoxine* et le *borate de soude*. Un troisième, préconisé par Duclos (de Tours), est la digitale, qui amènerait la sédation des cas rebelles. H. Jackson et Sturge associent le bromure de potassium à la *digitale*, à la dose de 1 à 2 grammes de teinture alcoolique par jour, et obtiendraient ainsi une action plus énergique qu'avec le bromure employé isolément.

La *picrotoxine* est le principe actif de la coque du Levant (*menispermum* ou *anamita cocculus*). Elle a été étudiée par Planat (1875) qui a démontré son action anticonvulsivante sur le système nerveux. La coque du Levant peut être employée sous forme de teinture, obtenue de la façon suivante :

Coque du Levant pulvérisée.....	200 gr.
Alcool rectifié.....	1 000 gr.

Faites macérer pendant trois semaines et filtrez.

Prendre d'abord deux gouttes de cette teinture avant les repas; augmenter chaque jour d'une goutte, jusqu'à ce qu'on arrive à XX et XXX gouttes.

Le Dr Hambursin l'administre à dose plus forte ; il donne X gouttes matin et soir en augmentant de deux gouttes par jour jusqu'à LX gouttes ; puis il fait augmenter de X gouttes par mois jusqu'à la dose de C gouttes et s'en tient à cette dose, si les accès ont disparu ; sinon, il la porte à CL gouttes. Je ne conseille pas ces doses qui me paraissent toxiques.

Quant à la picrotoxine, on peut la donner de la façon suivante :

Picrotoxine	0 gr. 03 centigr.
Alcool.....	10 gr.
Eau distillée.....	110 gr.

Une demi-cuillerée à café par jour de cette solution, à prendre avant le repas.

Le *borate de soude* a des propriétés sédatives anciennement connues, puisqu'on l'appelait autrefois sel sédatif de Hauberg. Il stimule la sécrétion urinaire, excite le sens génital et a été employé autrefois par Gmelin pour favoriser la menstruation. A hautes doses, il provoque des phénomènes d'intolérance gastrique. Il a été préconisé contre l'épilepsie par Folson, en Amérique, par Hill de Gowers en Angleterre ; la thèse de Ginoud (1890) l'étudia spécialement à ce point de vue. On le prescrit à la dose moyenne de 4 à 6 gr. : il est bon de débuter par 1 à 2 gr. par jour. On peut recourir à la formule suivante :

Borax finement pulvérisé.....	10 gr.
Glycérine pure	6 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères...	100 gr.

Une cuillérée à bouche de ce sirop contient 2 gr. de borax. Deux à trois cuillérées par jour.

J'ai employé ce traitement sur plusieurs malades de mon service et j'en ai obtenu quelques bons résultats. Mais, il ne faut pas oublier qu'à cette dose, le borate de soude détermine assez souvent de l'intolérance gastrique, des vomissements, des nausées, etc.

IV. — Les malades traités par le bromure sont parfois exposés à des accidents désignés sous le nom de *bromisme*. Ils se produisent surtout chez les individus affaiblis, chez ceux qui présentent de l'insuffisance rénale. Pour les prévenir, on insistera sur les diurétiques, sur le lait en particulier. S'ils se sont manifestés, on combattra l'apathie, l'hébétude, auxquelles ils donnent lieu, par les toniques, la caféine et le café ; les éruptions cutanées par l'arsenic, administré sous forme de liqueur de Pearson (20 à 30 gouttes par jour), ou de liqueur de Fowler (5 à 10 gouttes). L'association de l'arsenic au bromure produirait même, d'après certains auteurs, un excellent effet sur la maladie originelle.

V. — Quelle est la conduite à tenir en présence d'une attaque épileptique? Le plus souvent, il n'y a rien à

(1) Axenfeld et H. Huchard : Traité des névroses, 2e édit., 1883, p. 869.

Digitized by Google

faire. Cependant, on a pu réussir parfois à faire avorter une attaque par une ligature fortement serrée sur le membre qui est le siège de l'aura, ou encore par la flexion exagérée de l'un des deux orteils (Brown-Séquard), par l'application d'un sac de glace sur le trajet de la colonne vertébrale (Chapman), etc. — Mais tous ces moyens sont infidèles.

Lorsque la crise a lieu et qu'elle se prolonge, on a pu l'arrêter parfois par des inhalations de *bromure d'éthyle* (Bourneville et Ollier), par les inhalations de *nitrite d'amyle*, etc. Mais, le plus souvent, l'accès ayant éclaté, il s'agit simplement de surveiller le malade, de le contenir sans violence, de le préserver des chutes, des contusions, et quand les convulsions commencent à s'apaiser, de faciliter le rétablissement de la respiration en plaçant la tête dans une attitude favorable à l'expulsion des mucosités écumeuses (Axenfeld).

L'*hydrothérapie* est le plus souvent nuisible et contre indiquée dans l'épilepsie, tandis qu'elle produit les meilleurs effets dans l'hystérie. Les *bromures*, si utiles dans l'épilepsie, n'ont pas d'effets appréciables dans l'hystérie. Au sujet des bromures et de l'hydrothérapie, il existe donc une sorte d'antagonisme médicamenteux pour les deux névroses.

HENRI HUCHARD.

REVUE DE MÉDECINE MILITAIRE

I. *La paralysie générale dans l'armée.* — II. *Du panaris infectieux.* — III. *Quelques affections oculaires du soldat.*

I. **La paralysie générale dans l'armée.** — La thèse que M. Darricarrière vient de publier, contient un premier chapitre, consacré à l'étude des causes prédisposantes et occasionnelles de la paralysie générale, qui ne nous arrêtera pas. Il est certain que le militaire peut devenir paralytique général pour des raisons absolument identiques à l'homme qui vit de la vie civile (hérédité, propagation à la masse encéphalique d'une affection antérieure (ataxie notamment), surmenage intellectuel, moral, physique ou mondain, congestions cérébrales occasionnées par le traumatisme, l'exposition à la chaleur et la suppression de certaines hémorragies.

Il y a cependant des causes qui relèvent plus spécialement de la profession des armes. De l'avis des plus éminents aliénistes, le métier militaire est considéré comme celui qui prédispose le plus à la paralysie générale et il semble que l'on puisse tout d'abord considérer les fils de famille descendant par tradition de toute une lignée d'officiers et les fils d'officiers, comme plus particulièrement prédisposés par l'hérédité.

L'étude des causes ressortissant à l'âge, en montrant que l'officier passe justement dans l'armée la période de la vie indiquée comme particulièrement propice à l'éclosion du mal, explique la prédominance signalée par Léon Colin (*Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, article: Morbidité militaire), des atteintes de la paralysie générale parmi les officiers. Ces conditions favorables d'âge rendent compte également de la fréquence de la périencéphalite chez le vrai militaire, celui qui l'est par profession (sous-officier rengagé, gendarme et garde républicain).

A ne considérer que les chiffres, d'ailleurs très exacts, donnés par M. Christian à la *Société de Médecine de Paris* (26 mars 1887), chiffres qui établissent que : 1° l'artillerie et le génie, armes savantes, fournissent moins de victimes à la paralysie ; 2° les officiers sortis des écoles sont atteints en bien moins grand nombre que les officiers sortis des rangs, on serait tenté de croire que l'opinion qui attribue à peu près sans conteste au surmenage intellectuel la première place parmi les causes occasionnelles de la paralysie générale, ne se vérifie pas dans le monde militaire.

Ce serait une erreur. Dans l'armée, en effet, ce ne sont pas les officiers sortis des écoles qui sont les « surmenés cérébraux ». Ils n'ont pas besoin de faire excès de travail pour se tenir à la hauteur de leur tâche, tandis qu'au contraire le sous-officier, appelé des grades inférieurs de la hiérarchie aux grades élevés, chargé d'une responsabilité de plus en plus grande, doit tenir son esprit dans une contention soutenue, et d'autant plus fatigante que le cerveau a été moins entraîné et est devenu plus rebelle avec l'âge. C'est lui le vrai surmené !

La statistique relève, sur une période de dix ans (1878-88), une proportion, pour 10,000 hommes, de paralytiques généraux d'autant plus forte dans chaque arme que le nombre des surmenés y est plus grand. La garde républicaine, où l'instruction exigée des simples soldats est relativement élevée, donne 2,15, le train des équipages 0,56, la cavalerie 0,43, au lieu de 0,36, 0,35, 0,07 moyennes respectivement fournies par l'infanterie, l'artillerie et le génie.

De même qu'il y a un surmenage cérébral d'origine militaire, il existe également un surmenage moral, dont la réalité a d'ailleurs été mise en relief par M Léon Colin, surmenage fait des préoccupations de tous les instants, inhérentes au métier même : désir de bien accomplir des fonctions qui engagent gravement la responsabilité, déceptions d'espérances et d'ambitions, chagrins et ennuis fréquemment créés par une situation de fortune modeste, peu en rapport avec le légitime désir de briller et d'avancer, enfin commotions morales vives de toutes sortes, en campagne.

Les causes tirées de l'exposition prolongée à la radiation solaire appartiennent en propre à l'armée, dont les individus sont, dans les marches et manœuvres, ainsi que du fait de leur coiffure (casques métalliques, shakos sans couvre-nuque) et de leurs vêtements, souvent trop serrés, directement exposés aux congestions encéphaliques.

Enfin, le militaire trouve dans son milieu naturel l'occasion de fatigues corporelles multiples, tout autant que celle de nombreuses chutes et blessures qui, si elles se produisent dans un service commandé, lui assurent au moins, par leur constatation réglementaire (certificat d'origine), le bénéfice d'une indemnité pécuniaire pour l'avenir.

Quelles sont les mesures à prendre contre le militaire atteint de paralysie générale ? Quand la maladie est

Digitized by Google

confirmée, l'internement s'impose. Quand elle est seulement présumée, la surveillance la plus rigoureuse est indispensable pour prévenir l'abus que peut faire l'officier de son commandement, l'usage malencontreux que peut faire le soldat de ses armes, etc., et éviter des dangers bien plus graves en temps de guerre (fautes de nature à entraîner une déroute, etc.). Il n'y a pas d'autre moyen que d'empêcher le malade de servir, et actuellement il est d'usage de donner, dans ce cas, des congrès anticipés (non activité, mises en réforme, retraites). Mais l'officier ou le soldat ainsi renvoyé à la période prodromique de son affection pouvant être dangereux dans la vie civile, il semble qu'il serait préférable de le placer en surveillance dans un hôpital jusqu'à déclaration des symptômes somatiques.

Bien plus, de même que, appelé pour un crime ou pour tout autre acte contraire aux lois, le médecin militaire ne devra jamais oublier l'examen de l'accusé au point de vue mental, il est de son devoir d'avertir l'autorité militaire supérieure des symptômes avant-coureurs d'une maladie qui ôte toute responsabilité.

Ne serait-il pas logique, enfin, d'étendre le bénéfice du certificat d'origine aux périencéphalites que l'on est en droit de rattacher selon toute vraisemblance aux fatigues intellectuelles? Cette mesure devrait concerner tout aussi bien le militaire qui, particulièrement bien doué, a, par des recherches scientifiques spéciales, contribué à l'avancement de la science de la guerre, que celui qui, avec plus de désintéressement peut-être, n'a cessé de mettre au service de l'armée le produit de capacités plus modestes et qu'un travail et une attention prolongés ont dû constamment soutenir.

II. — **Des panaris infectieux.** — Dans une leçon clinique professée à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon, M. le médecin-major Mignon n'hésite pas à rattacher un abcès périnéphrétique, sans suppuration préalable du parenchyme rénal, à un panaris de la phalangette du médius droit.

Il base son opinion sur la fréquence des abcès que l'ostéo-myélite produit dans le filtre rénal, sur la marche de l'inflammation, véritable ostéo-myélite infectieuse aboutissant, après tuméfaction œdémateuse étendue, à l'élimination de la phalangette, en même temps que sur le début de l'inflammation périrénale qui s'est accompagnée de longs frissons, de diarrhée abondante et d'un état général dont la dépression était accusée par un muguet buccal à tendance envahissante. Il cite l'observation personnelle antérieure d'une jeune femme d'une santé parfaite, vivant dans d'excellentes conditions hygiéniques et qui, sans antécédents personnels ou héréditaires, a succombé à la phtisie pulmonaire sept mois après avoir eu un panaris de la première phalange du pouce gauche avec élimination osseuse.

A l'exemple de Kraske (de Fribourg), qui a relaté, au 15e Congrès de la Société allemande de chirurgie, l'observation d'un enfant qui, après avoir été atteint d'ostéomyélite, succomba rapidement à une affection pulmonaire, il n'hésite pas à établir un rapport étroit entre le panaris et la mort de sa malade.

Dans les deux cas signalés par le Dr Mignon, aucune cause déterminante n'a pu être invoquée; l'antisepsie seulement avait été négligée au début.

Ces faits sont certainement de nature à mériter l'attention et nous devons savoir gré à notre confrère de nous les avoir fait connaître.

III. **Quelques affections oculaires du soldat.** — Dans une de ses récentes leçons de clinique ophtalmologique, à l'école de médecine du Val-de-Grâce, M. le Dr Chauvel a signalé des lésions oculaires qu'on a rarement l'occasion d'observer et qui, pour ce motif, sont intéressantes au point de vue du diagnostic.

Dans un cas, il s'agissait d'une amaurose survenue à la suite d'un traumatisme de la joue droite ayant amené des déchirures multiples de la choroïde. Trois d'entre elles, concentriques à la papille, occupent le lieu d'élection, région externe, voisinage de la macula; une quatrième, plus étendue, s'est accompagnée de déchirure de la rétine, dont un des vaisseaux notamment a été rompu.

Dans un autre cas, le malade était atteint de choroïdite maculaire à gauche, avec acuité visuelle.

Un autre malade était aussi porteur d'une choroïdite. En raison de la position anormale de la pupille, déplacée en haut et en dedans, irrégulièrement allongée, avec plaque atrophique maculaire, on pouvait penser à un coloboma, mais la présence simultanée d'autres taches de choroïdite a fait considérer l'affection comme une choroïdite ayant atteint la macula.

Voici un autre cas intéressant : c'est une forme de rétinite caractérisée par une couleur générale blanc grisâtre du fond de l'œil empêchant de voir la choroïde, des plaques de traînée blanchâtre dont les unes engainent les vaisseaux, des veines tortueuses, des artères rétrécies, çà et là des épaississements constatables à l'image droite. M. Chauvel interprète ce cas par l'hypothèse d'une rétinite proliférante.

Enfin, M. Chauvel a observé un cas de coloboma de la macula caractérisé par une plaque blanche occupant la région maculaire; bords taillés à pic, sans liséré pigmentaire; coloration du fond d'un blanc nacré resplendissant; absence complète de vaisseaux et dépression manifeste du fond. Dans ce cas, il constate des anastomoses anormales des deux artères rétiniennes, anastomoses qui passent précisément au-dessus du coloboma et dont l'une, s'enfonçant directement dans la sclérotique, paraît communiquer avec le système ciliaire postérieur.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

Troubles nerveux et psychiques après l'extirpation des testicules, par M. le Dr Weiss. — Les accidents observés chez les sujets auxquels on a enlevé les deux testicules, pour tuberculose localisée ou autres affections, présentent des crises de congestion céphalique, accompagnées de sentiment d'angoisse et suivies de sueurs. (*Wien. med. Press*, 1890, nos 22 et 23.)

A côté de ces accès on note un changement du caractère, ce qui rentre dans l'histoire des eunuques et des castrats. L'auteur assimile ces troubles à ceux de la menopause de la femme.

H. G.

Digitized by Google

Traitement de la pustule maligne par les injections hypodermiques de perchlorure de mercure, par M. le Dr Hornsby Casson. — Ce traitement a été employé par l'auteur sur des habitants de villages persans, où la pustule maligne faisait des victimes. (*The Brit. Med. Journal*, 5 juillet 1890.)

Il consiste à recouvrir la tumeur de compresses imbibées avec une solution de sublimé au millième et en même temps à pratiquer dans son épaisseur des injections hypodermiques d'une solution au même titre, à des intervalles de deux à trois jours et à la dose de huit à dix grammes. Ces injections sont pratiquées sur des points différents de la tumeur. S. R.

Traitement rationnel du pied plat, par M. le Dr Whitman. — Le pied plat consiste, pour l'auteur, dans une luxation partielle des articulations du pied; les spasmes musculaires, les contractures, les paralysies, l'allongement des ligaments n'en constituent que les conséquences et non les causes. Selon que la réduction est possible ou que le déplacement ne peut se corriger, le traitement varie. (*New-York Med. Journal*, 17 mars 1890.)

Dans le premier cas, des exercices appropriés pour tonifier les muscles, des souliers convenablement faits et au besoin avec une saillie triangulaire au niveau de la plante suffisent. Dans le second cas, il faut d'abord commencer par faire la réduction forcée sous l'anesthésie par l'éther, par ramener le pied de telle sorte que le poids du corps ne tombe pas sur le bord interne du pied et l'immobiliser par un appareil en fer. Toutes les autres opérations, résection, ostéotomie, sont irrationnelles. H. G.

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement du vertige cardio-vasculaire, par M. le Dr A. Grasset. — L'idée dominante du thérapeute doit être de modifier l'hypotension artérielle par l'iodure de sodium et la trinitrine, que l'auteur associe dès le début du traitement. (*Montpellier médical*, 1er juillet 1890, p. 32.)

Il prescrit donc, à l'exemple de M H. Huchard, au commencement du repas du matin et du repas du soir, une cuillerée à bouche de la solution suivante :

Iodure de sodium.....	10 grammes.
Eau.....	300 grammes.

La solution alcoolique de trinitrine au centième est administrée à la dose de quatre gouttes le matin et le soir, dans un peu d'eau.

Plus tard, M. Grasset prescrit l'emploi alternatif de l'iodure durant les vingt premiers jours de chaque mois et celui de la trinitine pendant les dix derniers.

De plus, il recommande une hygiène sévère : suppression du tabac, de l'alcool, des épices, des viandes fortes ; usage du lait, des légumes, des viandes blanches.

Si le vertige s'accompagne de crises épileptiformes, il associe le bromure de sodium à la potion iodurée précédente selon la formule suivante :

Iodure de sodium.....	10 grammes.
Bromure de sodium.....	20 à 30 gr.
Eau.....	300 grammes.

Enfin, pour rétablir la nutrition, il ajoute aussi l'emploi de l'arsenic à titre de reconstituant et sous la forme d'arseniate de soude. S. R.

Des injections sous-cutanées de sels d'argent chez les ataxiques, par M. Rosenbaum. — La plupart des médicaments usités dans le traitement de l'ataxie ont des succès à enregistrer à leur actif. Tel est le cas des sels d'argent préconisés d'abord à l'intérieur par Wunderlich, Charcot et Vulpian, plus tard en injections sous-cutanées par Eulenburg (1882). Des expériences antérieures faites sur les animaux par Riemer et Jacoby en Allemagne (1873-78), par Mayençon et Bergeret en France (1873), avaient autorisé l'emploi de ces injections chez l'homme en démontrant leur innocuité. Rosenbaum a traité onze tabetiques par ce procédé et a obtenu deux améliorations. Quatre fois, il dut interrompre le traitement, les injections étant suivies de douleurs locales trop violentes. Aussi doit-on, d'après lui, choisir de préférence les tabétiques avec analgesie.

Rosenbaum ne tire aucune conclusion sur la valeur de cette médication, tout en déclarant que celle-ci n'est pas assez souvent appliquée (*Thérap. monat.* 1890, n° 5).

La formule employée était la suivante :

Chlorure d'argent....	0 05
Bi-sulfate de soude..	0 30
Eau distillée.....	10 00

On peut encore se servir de solutions de phosphate d'argent à 1 p. 0/0 avec addition de 6 p. 0/0 d'acide phosphorique ou d'une solution de pyrophosphate d'argent à 1 p. 0/0 avec addition de 3,6 p. 0/0 du même acide. A. W.

De la méthacétine comme antipyrétique et antinévralgique, par MM. Seidler et Heinz. — Le premier de ces observateurs a prescrit la méthacétine à la dose de 2 à 5 centigrammes et a obtenu, dans l'espace d'une demi-heure une diminution de la température des rhumatisants en état de fièvre. Cette diminution persista pendant trois heures (*Berlin, Klin. Woch*, 17 mars 1890).

Le second a obtenu les mêmes effets sur des typhoïsants chez lesquels cette réduction de température s'accompagnait de sueurs profuses. Il portait la dose jusqu'à 75 centigrammes, sans provoquer, parait-il, aucun accident. De plus, il considère la méthacétine, contrairement à l'opinion de M. Seidler, comme un antinévralgique utile (*Berlin, Klin. Woch*, 14 avril 1890).

Les doses auxquelles on l'administre sont moitié moindres que celles de la phénacétine. S. R.

TOXICOLOGIE

Empoisonnement par le sulfate de zinc, par M. Jeanpierre. — Cette observation a été recueillie dans le service de M. Combemale. La malade avait ingéré 4 grammes de sulfate de zinc en solution dans l'eau. Elle éprouva immédiatement des douleurs vives dans la bouche et l'estomac, des vomissements noirâtres, de la soif et du délire (*Bull. méd. du Nord*, 27 juin 1890).

Au moment de son entrée à l'hôpital, il existait des brûlures de la muqueuse palatine et de la luette. Il survint de la diarrhée, et les selles contenaient des débris membraneux. Ces signes, d'une inflammation gastro-intestinale, persistèrent pendant huit ou dix jours ; puis la malade guérit.

Les cas d'empoisonnement par l'ingestion de sulfate de zinc ne sont point fréquents ; à ce titre surtout, cette observation mérite d'être notée. S. R.

Un cas d'intoxication par le café, par M. le Dr Otto Muller. — Trois heures après l'ingestion de quatre tasses de café, le malade était en proie à une excitation intense avec rougeur de la face, sueurs abondantes, tremblement des extrémités, exagération de la fréquence du pouls et de la respiration, choc précordial énergique, état nauséeux, agitation intellectuelle (*Thérap. Mon.* 1890, n° 6).

La glace et la morphine (un centigr.) produisirent un sommeil agité. Le lendemain, le malade éprouva de la fatigue et un peu de vertige qui disparurent après l'administration de bromure de sodium. Il s'agissait d'un jeune homme de 25 ans, d'ailleurs habitué à l'usage du café. A. W.

Digitized by Google

REVUE DES LIVRES

Maladies de l'appareil respiratoire, tuberculose et auscultation, par M. le Dr J. Grancher, professeur à la Faculté de médecine de Paris. — Paris, 1890, O. Doin.

Mieux vaut tard que jamais : si nous n'avons pas rendu compte plus tôt de ce bel ouvrage, c'est qu'un tel livre mérite d'être non seulement lu, mais surtout médité.

Son auteur, savant et consciencieux, n'est point un révolutionnaire. Il le déclare, et il le prouve. Il n'appartient pas non plus à l'école des réactionnaires : il y a beau temps qu'on le sait et que, pour ce motif, on respecte son caractère et on estime ses travaux. Par contre, il est de ceux qui considèrent, non sans raison, je pense, comme une bonne action, de placer un travail clinique sur la tuberculose sous le patronage de Laennec.

Pour cela, il faut, on l'avouera, quelque courage dans un temps où les travaux de Koch provoquent « encore des espérances et des illusions enthousiastes ». M. Grancher vient de montrer qu'il possède cette vertu, je l'en félicite, en revendiquant avec une noble et vigoureuse énergie, en faveur du grand clinicien français, contre l'habile microbiologiste allemand.

On a cru pour un moment et on a presque dit que « le bacille » suffisait à tout. A peine, c'est M Grancher qui le rappelle, » quelques voix timides osèrent dire que l'auscultation pouvait » encore servir au diagnostic de la tuberculose et que l'ana- » tomie pathologique était toujours nécessaire à la connais- » sance des processus cellulaires curateurs ou destructeurs ». Cet engouement a fait place à une appréciation plus pondérée de la découverte de Koch et à un retour plus équitable aux travaux mémorables de Laennec. Après, comme avant la découverte du médecin allemand et, il faut l'ajouter, celle de son précurseur M. Villemin, — M. Grancher aurait pu inscrire le nom de notre illustre compatriote dans sa préface « la tubercu- » lose reste le mal terrible que les efforts de la médecine » traditionnelle et de la médecine microbienne n'ont pas ter- » rassé ».

A défaut d'autres motifs, non moins excellents, ces raisons suffiraient seules déjà pour acquérir à M. Grancher, s'il ne la possédait déjà, l'estime sympathique du lecteur.

Cet ouvrage possède encore une autre qualité. Cette qualité est rare, trop rare même à l'heure actuelle, surtout quand il s'agit de la tuberculose : c'est un livre de *médecine pratique*; en voici la preuve : des vingt-cinq leçons qu'il renferme, trois ont pour objet la *structure des poumons* et la *respiration à l'état normal*, en d'autres termes, l'étude appliquée à la clinique de l'anatomie et de la physiologie des organes respiratoires. Trois autres traitent de la *percussion*, de la *palpation*, des *respirations anormales*, des *bruits adventices* et des *souffles*, c'est-à-dire de l'auscultation pulmonaire. Les dix-neuf autres sont relatifs à l'étude classique de la tuberculose. Cette statistique démontre bien, je pense, la prépondérance que M. Grancher a bien voulu donner, dans cet ouvrage, aux questions d'anatomie pathologique, de diagnostic, d'étiologie, de prophylaxie et de thérapeutique dans les chapitres consacrés à la *période de la germination de la phtisie*; à son *diagnostic précoce*, à l'*anatomie pathologique du tubercule*, à la *pneumonie*, à la *spléno-pneumonie* et à la *pleurésie tuberculeuse*, aux *symphises pleuro-vésicales* et enfin, au *traitement de la phtisie dans les hôpitaux et par la suralimentation*.

Il faudrait, pour être complet, citer encore les pages où il est question de la *distribution géographique de la tuberculose*, de *sa contagion* et de la mesure dans laquelle on doit en tenir compte au point de vue du mariage. Comme je l'annonce plus haut, voilà donc un livre dont on remerciera volontiers l'auteur, quand bien même on n'adopterait point dans leur ensemble les idées qu'il défend. Il démontre « la nécessité absolue de prati- » quer l'auscultation selon les règles classiques » ; il rend hommage à Laennec, qu'on ne cite plus assez, au profit de méthodes nouvelles dont on abuse trop. Sa valeur pratique est incontestable et son importance doctrinale est considérable. M. Grancher ne s'égare point dans les sentiers assez peu connus du bactériologisme à outrance, il reste sur le terrain classique. C'est donc avec profit et avec satisfaction que l'on se plait à l'y suivre. Ni révolutionnaire, ni réactionnaire, je le répète, M. Grancher est de ceux qui, avec raison, ne détruisent pas, mais perfectionnent toujours. C'est une vertu. Ch. Eloy.

Céphalalgie et massage, par M. le Dr Norstrom (Paris, Lecrosnier et Babé, 1890).

Si l'on admet que certaines cephalalgies, certaines formes de migraine sont dues à des myosites des muscles de la nuque, caractérisées par des foyers d'induration correspondant aux insertions ou au corps charnu de ces muscles et s'accompagnant de phenomènes douloureux à distance par inflammation des troncs nerveux voisins, on comprendra sans peine que le massage ait la plus heureuse influence sur ces cephalalgies en favorisant la résolution des produits inflammatoires, M. Norstrom cite dix observations de cephalalgies rebelles traitées et guéries par le massage. Toutefois, l'auteur ne généralise pas sa théorie et ne prétend pas que toutes les céphalalgies anciennes soient dans la dépendance de lésions du système musculaire. Quoiqu'il en soit, le massage est un traitement de plus à ajouter à ceux déjà si nombreux employés contre la migraine.

H. M.

Etudes sur les eaux minérales de la source Saint-Leger à Pougues, par M. le Dr Ch. Bovet (Paris 1890, Nogette).

Cette volumineuse brochure fait connaître les eaux de Pougues au triple point de vue chimique, physiologique et thérapeutique. Elle révèle des points inédits de l'histoire naturelle de cette eau, et ce qui intéresse plus le praticien, fixe les indications de son emploi contre certaines affections ; en particulier dans le traitement des enterites chroniques, idiopathiques simples ou paludéennes, arthritiques, toxiques, herpetiques. Par contre, un observateur sincère, M. Bovet démontre les dangers et les contre-indications formelles de ces eaux contres les entérites anciennes d'origines cancéreuse ou tuberculeuse.

Cette franchise scientifique honore notre confrère et méritait bien, je pense, d'être signalée. Ch. E.

Les rêves. Physiologie et pathologie, par M. le Dr Tissié (de Bordeaux) 1890.

L'auteur admet que la formation des rêves est due aux organes sensoriels, soit dans le sommeil physiologique, soit dans le sommeil hypnotique Ces impressions prennent une valeur plus grande qu'à l'état de veille, et ainsi amplifiées, elles le sont encore par l'excitation des sens. Dans les trois sommeils physiologique, somnambulique et hypnotique, on peut observer des hallucinations de même nature, le dédoublement de la personnalité ; l'auto-suggestion et la suggestion est le phénomène appelé, rappel de mémoire. L'auteur apporte à l'appui de ses idées, au grand nombre de faits personnels ou empruntes ; mais tous ces faits reposent sur des assertions qui peuvent bien faire supposer que les faits sont vrais, mais qui ne peuvent entrainer une conviction absolue. Un tel regret est d'ailleurs applicable à toutes les questions de ce genre et, à part cette réserve, le livre de l'auteur dont les mérites sont la grande clarté et la simplicité d'exposition, mérite d'être connu.

Dr Charpentier.

Hygiène et traitement des maladies mentales et nerveuses, par M. le Dr Kowalewsky, 1890.

Ce petit volume, écrit par le professeur de pathologie mentale et nerveuse de Kharkoff (Russie) contient un grand nombre

Digitized by Google

de petits moyens hygiéniques utiles et méritant considération en raison des explications scientifiques qu'en donne l'auteur. Les chapitres qui ont trait aux agents physiques : air, eau, lumière, mouvement, électricité, sont les plus intéressants, d'autant que l'auteur leur subordonne l'arsenal pharmaceutique. Il y ajoute des réflexions judicieuses sur les inconvénients de la suralimentation, sur l'abus des viandes, de l'alcool et du café ; l'art de vaincre l'inappétence, le dégoût pour les aliments et surtout le refus de s'alimenter; les innombrables variétés d'application de la galvanisation, de la faradisation et de la franklinisation tous les procédés hydrothérapiques et kinésithérapiques sont très scrupuleusement examinés. C'est un livre qui ne peut s'analyser en raison du nombre de faits accumulés par l'auteur.

Dr CHARPENTIER.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

Comment on remplit les indications thérapeutiques dans l'asthme

Appelé près d'un asthmatique pendant l'accès, le médecin invitera le malade — si par instinct il n'a déjà pas pris de lui-même cette attitude — à s'asseoir sur son lit ou sur une chaise, la tête haute, le corps penché en avant; il le débarrassera de ce qui gêne sa circulation, fera ouvrir en été les fenêtres, en hiver la porte de l'appartement et ordonnera, si c'est la nuit, d'allumer plusieurs bougies, de façon à répandre le plus de lumière possible dans la chambre.

Qu'il s'agisse d'un accès purement nerveux ou d'un accès coïncidant avec la présence des mucosités dans les bronches, il importe de détendre immédiatement les muscles inspirateurs et les muscles bronchiques, dont la convulsion simultanée a engendré la dyspnée spéciale de l'asthme. On y arrive ordinairement par les *fumigations* avec les feuilles sèches des solanées vireuses, du datura, de la belladone et de la jusquiame. Outre ces médicaments, les cigarettes Espic renferment de l'extrait gommeux d'opium et des feuilles d'une ombellifère narcotique, la phellandrie ou ciguë aquatique. Les cigarettes de feuilles de chanvre indien sont bien moins actives.

Les fumigations avec les poudres dites anti-asthmatiques à base de solanées, de salpêtre et d'arsenic, celles avec les papiers imprégnés d'une solution d'arsénite ou d'azotate de potasse ne réussissent pas toujours, notamment chez les personnes qui usent habituellement du tabac à fumer.

Les ampoules d'iodure ou de nitrite d'éthyle ont un effet antidyspnéique plus marqué ; toutefois l'iodure d'éthyle échoue encore souvent. Nous avons eu de fréquents insuccès avec la pyridine.

Beaucoup d'asthmatiques ne sont soulagés que par l'*injection sous-cutanée* de 1 à 2 centigrammes de *chlorhydrate de morphine*; une demi-minute après, l'inspiration est moins lente, moins pénible, moins sifflante, et l'expiration, qui était trois ou quatre fois plus prolongée que l'inspiration, reprend peu à peu son rythme normal. L'orage dyspnéique est dissipé.

L'*injection d'antipyrine* agit moins sûrement et moins promptement. Celle de salicylate de cocaïne ne paraît pas avoir les effets merveilleux qu'on en attendait. J'associe l'antipyrine à ce dernier médicament qui a du moins l'avantage d'atténuer la douleur de l'injection :

Antipyrine	10 gr.
Salicylate de cocaïne	0 gr. 75 à 1 gr.
Eau distillée	10 gr.

Injecter 1 gramme.

L'accès d'asthme n'est pas sérieusement impressionné par l'introduction sous la peau de la solution suivante :

Sulfate d'hyosciamine	0 gr. 01
Eau distillée	10 gr.

Injecter 1 gramme.

Parfois, il prend fin en même temps que survient une copieuse transpiration ; on s'est ingénié de réaliser cette crise naturelle par l'injection sous-cutanée d'un gramme de la solution :

Nitrate de pilocarpine	0 gr. 20
Eau distillée	10 gr.

Tels sont les agents thérapeutiques qui ont remplacé l'insufflation d'air dans la bouche avec un soufflet, les pédiluves et les manuluves chauds, les sinapismes et les ventouses sèches sur le thorax ; la ligature des membres supérieurs et inférieurs, l'ingestion d'alcool ou de glace, les potions au castoréum et à l'assa fœtida, l'électrisation de la région diaphragmatique et des muscles pectoraux antérieurs, et, enfin, l'acupuncture.

Quand l'élément nerveux du paroxysme est masqué par l'élément catarrhal et que le paroxysme s'annonce par les signes stéthoscopiques (ronchus, sibilances, râles muqueux) d'une bronchite capillaire suraiguë), il est indiqué de vider les bronches, c'est-à-dire de recourir, en même temps qu'aux antispasmodiques, à une médication expectorante. On a recours aux vomitifs expectorants par voie gastrique (1 gr. 50 de poudre de racine d'ipéca chez les adultes, 0 gr. 50 chez les enfants), ou par voie sous-cutanée :

Emétine pure	0 gr. 10
Eau distillée	10 gr.

Ou bien :

Chlorhydrate d'apomorphine	0 gr. 15
Eau distillée	10 gr.

Injecter 1 gramme de l'une ou de l'autre solution.

Ou à des expectorants simples : injection hypodermique d'un gramme de liqueur ammoniacale anisée ou d'un gramme de la solution :

Iode	0 gr. 20
Vaseline liquide médicinale	10 gr.

D'autres paroxysmes, c'est le cas le plus commun, reviennent le même jour ou la même nuit. Nous possédons des remèdes qui en diminuent la violence et en abrègent la durée.

Tels les *iodures alcalins*, de potassium ou de sodium, aux doses d'un à trois grammes par jour chez les adultes, prises en deux fois, avant déjeûner et dîner, dans de la bière ou du lait, avec une vingtaine de gouttes d'élixir parégorique ou une pilule d'extrait de belladone à un centigramme, lorsque l'estomac les tolère mal ou qu'on redoute les phénomènes d'intoxication iodique.

Au lieu des iodures, les enfants avalent, presque sans s'en apercevoir, 2 à 5 gouttes avant les repas de teinture d'iode dans un peu d'eau ou de lait, ou une cuiller à bouche de sirop iodo-tannique. Les iodiques seront continués longtemps après la disparition des accès ; l'iodu-

Digitized by Google

ration prolongée réussirait, au dire des avocats de la méthode, à guérir à tout jamais l'asthme. Cette bonne chance thérapeutique a couronné en moins de trois mois nos efforts chez une fille de 12 ans sujette, depuis son enfance et durant presque la moitié de l'année, à des accès d'asthme rebelles aux médications les plus variées.

On n'est pas toujours si heureux, mais, dans l'immense majorité des cas, une ioduration persévérante retarde visiblement l'échéance de nouvelles attaques dyspnéiques.

On a coutume d'additionner de teinture de lobelia inflata (1 à 2 gr. par jour) les solutions ou les sirops iodurés : la vérité est qu'à l'instar de la lobéline (5 à 10 milligr. par jour), cette teinture, nauséeuse ou vomitive à trop haute dose, ne modifie réellement, et encore très peu, que le pseudo-asthme cardiaque.

Tel l'*acide oxalique*, patronné par un de nos plus distingués confrères sous la formule :

Acide oxalique	2 gr.
Infusion de thé pékao	200 —
Sirop d'écorces d'oranges amères	60 —

Une cuiller à soupe toutes les heures, excepté à l'heure des repas.

Telle l'*antipyrine* (3 doses d'un gramme par jour); telles la *grindelia robusta* (2 à 10 grammes par jour de teinture ou d'extrait fluide), et l'*euphorbia pilulifera* (3 à 10 gouttes de teinture trois fois par jour dans une tasse de tisane d'aunée) qui tendent à remplacer, dans le traitement curatif des attaques d'asthme, la belladone, le datura, la jusquiame, la cannabis indica.

Quant à la *résorcine* (2 à 8 grammes par jour en une fois dans du lait), son action antidyspnéique inconstante ne s'achèterait qu'au prix de fourmillements, de vertiges, de sueurs profuses et d'un collapsus inquiétant.

Les expectorants (kermès, soufre doré d'antimoine, liqueur ammoniacale anisée en potion avec décoction de polygala ou de serpentaire de Virginie) seront employés, chez les personnes qui ne supportent pas les iodures, dans les accès à forme bronchorrhéique.

C. — Notre devoir est de donner à l'asthmatique des conseils pour l'avenir L'accès est-il précédé pendant quelques heures de violents éternuements ou de coryza; que le sujet essaie, aussitôt l'apparition de ces symptômes précurseurs, de le faire avorter en badigeonnant de dix en dix minutes la muqueuse nasale avec la solution suivante:

Chlorhydrate de cocaïne	1 gr.
Eau distillée }	ãã 10 —
Glycérine }	

En mai, lors de la floraison des foins ; en juin, lors de leur récolte, pour peu qu'on croie à l'hayfever, on badigeonnera les fosses nasales avec une solution antiseptique telle que :

Glycérine	20 gr.
Acide phénique	1 —
Chlorhydrate de quinine	4 —
Sublimé corrosif	0 gr. 03

ou l'on insufflera dans les narines un mélange à la fois antiseptique et anesthésique :

Salicylate de bismuth	0 gr. 05
Salicylate de cocaïne	0 gr. 01
Poudre très fine de benjoin	0 gr. 20

L'anesthésie cocaïnique est aussi le meilleur prophylactique des accès d'asthme occasionnés par les polypes muqueux du nez ou par le gonflement de la muqueuse des cornets inférieurs. L'extirpation des polypes, la cautérisation de la membrane de Schneider sur le siège de l'hypertrophie par le galvanocautère ou par l'acide chromique prévient le retour des accidents.

On ne l'oubliera pas : ici l'asthme précède ou remplace les attaques de goutte (d'où, entre temps, l'utilité du colchique et des alcalins, et d'une vésication sur les articulations) ; là, il se produit après la suppression d'un flux hémorroïdaire ou d'une éruption dartreuse.

Les accès sont-ils périodiques? soupçonne-t-on le paludisme, le sulfate de quinine sera administré *larga manu* une heure avant et douze heures après le début des accidents : les iodures, les bromures, les chlorates seront prescrits si le saturnisme se cache derrière le tableau.

Enfin les praticiens ont remarqué que l'asthme des personnes, et surtout des enfants cacochymes, réapparaît moins fréquemment quand on les soumet au fer, aux préparations phosphatées, au chlorure de barium, à l'hydrothérapie.

N'en déplaise aux inventeurs de panacées, ce n'est pas tel ou tel remède qui améliore ou guérit les accès d'asthme et la névrose elle-même, c'est le concours intelligemment combiné de moyens simultanément ou successivement employés d'après les indications symptomatiques et d'après les indications causales constitutionnelles, à la condition — il ne faut pas omettre de l'ajouter — que l'on s'empresse de soustraire le malade aux causes occasionnelles accidentelles (excitations nasales, bronchiques, gastriques, sexuelles, cérébrales, cutanées) parfois si bizarres de cette singulière affection.

Dr Ch. Liégeois.
(*de Bainville-aux-Saules*).

REVUE PROFESSIONNELLE

I. *Le projet de loi sur l'Assistance médicale rurale et les médecins.* — II. *Les syndicats médicaux et les tribunaux.*

I. Le projet de loi sur l'assistance médicale rurale et les médecins. — La loi du 24 vendémiaire, an II, déclarait que tout malade domicilié de droit ou non, qui sera sans ressources, sera secouru ou à son domicile de fait, ou à l'hospice le plus voisin.

Les rédacteurs de cette loi avaient, selon cette formule, donné satisfaction à leurs instincts humanitaires. En principe : oui ; en fait, non ! car la loi resta lettre morte et reste encore trop souvent telle à défaut de ressources, pour assurer l'assistance médicale des populations indigentes. Il est vrai que la charité inépuisable de nos confrères, dont on use et dont on abuse, y pourvoit. Ils sont à la peine, mais ils ne sont guère à l'honneur.

Il me semble que le projet de loi qui vient d'être soumis au Parlement, malgré ses lacunes et malgré ses défauts, rétablira quelque peu chaque chose en sa place. Il en serait temps.

L'article premier est ainsi libellé :

Article premier. — Tout Français, malade, privé de ressources, reçoit gratuitement, de la commune ou du département

Digitized by Google

où il a son domicile de secours, l'assistance médicale, ou, s'il ne peut être utilement soigné à domicile, dans un établissement hospitalier.

La commune ou le département peut toujours exercer son recours, s'il y a lieu, notamment contre les membres de la famille de l'assisté, désignés par les articles 205, 206, 207 et 212 du code civil.

Il accorde à tout Français « privé de ressources » le droit à l'assistance médicale. Très bien ! Pour les étrangers, la question est autre : et somme toute, avec équité, consiste dans la *faculté* et non dans le *droit* à obtenir ces secours. C'est justice.

Les articles 2 et 3 spécifient l'organisation du service médical gratuit, à l'exception des communes (art. 38), déjà pourvues de ce service.

Art. 2. — Il est organisé, dans chaque département, sous l'autorité du préfet et suivant les conditions déterminées par la présente loi, un service d'assistance médicale gratuite pour les malades privés de ressources.

Art. 3. — Toute commune (ou syndicat des communes) est pourvue d'un dispensaire où ne sont données que des consultations externes et rattaché à une infirmerie et à un hôpital militaire.

Dans le cas où un malade ne peut pas, pour quelque cause que ce soit, être utilement soigné à domicile, le médecin du dispensaire délivre un certificat dans lequel il indique si c'est à l'infirmerie ou à l'hôpital que le malade doit être envoyé.

Art. 3. — Les communes (ou syndicats de communes) qui justifient remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance envers leurs malades peuvent être autorisées, par une décision spéciale du ministre de l'intérieur, rendue après avis du conseil supérieur de l'assistanee publique, à avoir une organisation spéciale.

Le principe de la gratuité étant admis et les charges de cette gratuité attribués aux communes ou au département, comment régler l'assistance médicale ? La loi ne prescrit pas un système uniforme et laisse ce soin aux autorités départementales de choisir, suivant les ressources et les habitudes locales, entre le *système de la médecine cantonale* en usage dans quelques départements de l'Est, celui des *circonscriptions médicales* indépendantes des divisions administratives, tel qu'il fonctionne dans le département de la Somme, par exemple ; le *système landais* dans lequel le malade choisit son médecin et enfin le *système vosgien* où on a voulu assurer à la fois le service d'hygiène et le service de l'assistance à domicile, tout en sauvegardant la liberté du malade et du médecin.

Un bureau d'assistance assurera administrativement le service dans chaque commune (art. 12), ou chaque syndicat de commune. Il aura la personnalité civile (art. 13) et dressera la liste des indigents.

Art. 14. — La commission administrative du bureau d'assistance se réunit quatre fois par an, à l'effet de dresser la liste des personnes qui, ayant dans la commune leur domicile de secours, doivent être, en cas de maladie, admises à l'assistance médicale.

Le médecin de l'assistance médicale, ou un délégué des médecins de l'assistance médicale, le percepteur et un des répartiteurs désigné par le sous-préfet, assistent à la séance avec voix consultative.

En cas d'urgence, toutefois, le bureau d'ssistance médicale (art. 21), ou, s'il s'agit d'un étranger atteint d'accident ou de maladie aiguë (art. 22), les maires pourront accorder aux malades sans ressources le droit au traitement à l'hôpital où à domicile.

Reste la question des dépenses et du règlement des frais d'assistance médicale. Cette dernière intéresse surtout nos confrères ; elle est résolue par les articles suivants :

Art 30. — Les dépenses du service de l'assistance médicale comprennent : 1° Les honoraires des médecins, chirurgiens et sages-femmes du service d'assistance à domicile ; 2° les médicaments et appareils ; 3° les frais de séjour des malades soignés dans les infirmeries et hôpitaux.

Art. 31. — Les ressources nécessaires au fonctionnement du service de l'assistance médicale sont prélevées sur : 1° Le produit des fondations, dons et legs spéciaux ; 2° le produit des taxes et recettes ; 3° le budget communal ; 4° la subvention du département ; 5° la subvention de l'Etat aux départements dont la situation l'exige.

En principe donc : le médecin recevra une rémunération. C'est bien le moins qu'on lui devait. Reste à savoir si cette rémunération ne sera pas, par son insuffisance, une exploitation de son dévouement ? En fait, il sera introduit dans le Bureau d'hygiène avec voix consultative : ce sera peu. Il formulera son avis, mais il ne pourra l'appuyer de son vote, ni par conséquent s'opposer à des abus administratifs dont il est la première victime.

Des débats parlementaires modifieront sans doute quelques-unes des dispositions de cette loi. A nos confrères de la Chambre des députés et du Sénat, de revendiquer énergiquement, s'ils le veulent et s'ils l'osent, en faveur du médecin, la place à laquelle il a droit, puisqu'on ne peut faire et on ne fera jamais d'assistance rurale sans le secours indispensable du médecin. A eux, enfin, de réduire au minimum l'ingérence administrative.

D'ici là, il convient d'attendre pour juger de la valeur de cette législation Plus de discrétion du côté des satisfaits de la commission officielle, qui brûle l'encens en faveur du projet dont ils sont les auteurs ; moins d'opposition de la part de ces gens qui consacrent si volontiers leur ardeur aux agitations professionnelles ; mais une prudente réserve.

Cette réserve est celle par laquelle la majorité de nos confrères semblent accueillir ce projet. Elle est de sagesse, croyons-nous, puisque cette loi ne donne pas au corps médical tout ce qu'il attendait, et tout ce qu'on lui avait fait espérer.

Les syndicats médicaux et les tribunaux. — On sait que, le 10 mars dernier, la 9e Chambre du tribunal de la Seine avait étendu par un jugement favorable, le bénéfice de la loi sur les syndicats, à toutes les professions ; même aux professions libérales. C'était accorder le bénéfice aux syndicats médicaux ; mais c'était aussi aller à l'encontre de la jurisprudence adoptée par la Cour de cassation.

Le 25 juin dernier, la Chambre des appels correctionnels de la Cour de Paris a rendu un arrêt dans la même affaire ; infirmé le jugement de la 9e Chambre, et fait prévaloir la jurisprudence de la Cour de cassation. Partout elle déclare que la loi du 21 mars 1884 s'applique seulement aux associations syndicales qui ont pour objet les intérêts économiques, commerciaux et industriels.

La gravité de ce jugement et ses conséquences n'échapperont pas à nos lecteurs. Ce qui prouve, une fois de plus, la nécessité de reviser la loi de 1889, de l'étendre au corps médical et de procéder avec une prudente précaution quand il s'agit pour un syndicat médical d'intervenir devant les tribunaux ou ailleurs.

Ch. E.

TRAVAUX ORIGINAUX

Un exemple de contagion de l'érysipèle par la main du médecin

M. le Dr Latil (d'Aix)

Il y a quelques mois, M. le Dr Letulle, dans un mémoire à la Société de médecine publique, a tracé avec une grande netteté la conduite du médecin en présence d'une maladie infectieuse. « Le médecin, dit-il, doit ne

Digitized by Google

rien apporter et ne rien prendre; le malade ne rien prendre, ne rien laisser; l'hôpital enfin, comme logement contaminé, tout recevoir et ne rien garder. »

Je crois utile de relater brièvement un fait dans lequel, pour avoir négligé toute précaution prophylactique, j'ai apporté et transmis à l'un de mes malades un grave érysipèle facial.

Au mois de décembre, je donnais mes soins au jeune B..., âgé de dix ans, atteint d'une variole. Le 5, dans la matinée, je me rends chez Mme L..., une autre de mes clientes, à peine guérie d'un érysipèle de la face en pleine désquamation et qui lui a laissé une conjonctivite, je la cautérise avec une solution de nitrate d'argent, je la quitte *sans me laver les mains*, je vois deux autres malades et vais chez le jeune B..., il est guéri de sa variole, sa mère me fait remarquer sur le front, à la limite du cuir chevelu, une pustule en voie de dessication et m'exprime la crainte qu'elle ne laisse une cicatrice, j'examine la pustule et promène mon doigt à sa surface.

Le 9, dans la soirée, je suis rappelé auprès du jeune B..., il a été pris vers midi d'un frisson très nettement accusé, de vomissements, et je le trouve avec une fièvre vive à 40° 5. En examinant attentivement le petit malade, je crois percevoir du côté droit de la poitrine une légère submatité et une ou deux fines crépitations et je conclus à un début de pneumonie. Je suis mal inspiré de ne point réserver mon opinion jusqu'au lendemain matin, car ce jour-là, dès mon arrivée, la mère me montre une plaque érysipélateuse qui a fait son apparition dans la nuit et s'est développée, moitié sur le front, moitié sur le cuir chevelu, ayant pour centre la pustule de variole touchée par moi. Cet érysipèle n'a pris fin que le dixième jour, évoluant avec des symptômes graves qui ne laissèrent pas que de m'inspirer de vives inquiétudes.

Il me semble difficile de ne point me reconnaître responsable de cette grave maladie survenue à mon jeune client, de ne point admettre que ma main ait transporté et transmis le contage érysipélateux et que la pustule de variole n'ait été la porte d'entrée de l'agent infectieux. Un simple lavage, si peu antiseptique fût-il, eût peut-être suffi à éviter cet accident.

Je me suis décidé à publier ce fait qui me semble fort démonstratif, car beaucoup de nos confrères considèrent trop volontiers les règles prophylactiques édictées par les hygiénistes, comme appartenant au domaine de la théorie pure et paraissent croire que l'antisepsie doit être réservée aux interventions chirurgicale. J'espère qu'il provoquera la publication d'observations analogues, qu'il appellera de nouveau l'attention des médecins sur une question si éminemment pratique que viennent de remettre à l'ordre du jour le travail du Dr Letulle, la remarquable communication du Dr Grancher à l'Académie « Essai d'antisepsie médicale » et le très intéressant article du Dr A.-J. Martin sur l'antisepsie et l'isolement en médecine.

J'ajoute que cette observation peut contribuer à fixer la durée de l'incubation de l'érysipèle : entre le contact suspect et l'opposition du frisson initial, il s'est écoulé chez notre malade quatre jours pleins.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

Traitement antiseptique de la diphtérie pharyngée

Cette médication repose sur l'emploi des *badigeonnages, des irrigations et des pulvérisations antiseptiques.*

1° Nettoyage de la muqueuse. On évitera toute érosion, tout raclage : une plaie même petite ouvrant la porte aux virus diphtérique. A ce point de vue, il est utile d'enlever les fausses membranes avec un écouvillon d'ouate ou le pinceau de molleton (de Cresantignes) plutôt qu'avec un pinceau ou une brosse rude.

2° Badigeonnage de la muqueuse. On a le choix entre l'*huile phéniquée et camphrée* recommandée par M. Gaucher et la *glycérine phéniquée et camphrée*, de M. Hutinel ; la première est plus énergique, mais ne mouille point la muqueuse et cause une plus vive douleur.

L'*huile phéniquée et camphrée* se formule ainsi :

Camphre	20	grammes
Huile de ricin	15	—
Alcool à 90 degrés	10	—
Acide phénique cristallisé	5	—
Acide tartrique	1	—

L'addition d'alcool est nécessaire pour dissoudre l'huile de ricin et obtenir une préparation limpide.

La *glycérine phéniquée et camphrée* contient une moindre proportion d'acide phénique :

Acide phénique cristallisé	5	grammes
Camphre	20	—
Alcool à 90 degrés	10	—
Glycérine pure	25	—

On répétera les badigeonnages toutes les trois ou quatre heures.

3° Irrigations antiseptiques. A l'eau phéniquée qui est toxique, on substitue avec avantage l'eau boriquée à 4 0/0 qui l'est beaucoup moins. Ces irrigations seront pratiquées de deux heures en deux heures dans l'intervalle des badigeonnages.

4° Pulvérisations. Pour être efficaces elles seront opérées au moyen du pulvérisateur à vapeur. Le liquide pulvérisé doit être tiède et consister dans une solution phéniquée ou boriquée ou bien dans une solution d'acide phénique.

5° Vaporisations. L'antisepsie de l'atmosphère de la chambre peut être obtenue par l'emploi du spray. Ici, toutefois, le procédé de M. Renou (de Saumur) rend d'incontestables services. Il consiste à verser de trois en trois heures, une cuillerée à soupe de la solution suivante, dans des vases placés sur un fourneau et contenant deux litres d'eau portée à l'ébullition :

Acide phénique	140	grammes
Acide salicylique	20	—
Acide benzoïque	56	—
Alcool rectifié	234	—

S. R.

Digitized by Google

FAITS CLINIQUES

OBSTÉTRIQUE

Septicémie gangréneuse pendant le travail de l'accouchement,

par M. le docteur RIBEROLLES

L'observation a démontré, et tous les auteurs sont d'accord sur ce point, qu'un fœtus mort et macéré peut rester impunément dans l'utérus, parfois pendant un temps fort long; et ce phénomène s'explique par le défaut de putréfaction du fœtus, qui ne peut se produire dans les circonstances ordinaires.

Or, voici un fait qui montre que dans certaines conditions, le fœtus macéré peut entrer en voie de putréfaction, et amener en quelques heures la mort de la mère par gangrène foudroyante.

J'étais appelé dernièrement en toute hâte, à onze heures du soir, pour terminer un accouchement commencé depuis six heures du matin. Mme L. est âgée de quarante-deux ans et en est à sa onzième grossesse; jusqu'à ce jour elle a eu des accouchements absolument normaux; tous ses enfants sont vivants. Cette dernière grossesse a marché régulièrement jusqu'au huitième mois, époque à laquelle une violente contusion sur le ventre la força à garder une immobilité presque complète pendant près de quinze jours; c'est de ce moment qu'elle dit n'avoir plus senti remuer son enfant. Il est bon d'ajouter que les privations, les chagrins, et surtout les mauvais traitements ont créé chez cette femme un état physiologique déplorable. Voici dans quel état je la trouve à mon arrivée :

Grossesse à terme; fœtus mort et macéré; la tête se présente et l'occiput est à la vulve depuis dix heures du matin; les os du crâne chevauchent avec une telle facilité qu'ils semblent friables comme une mince coquille. Le volume du ventre ne présente rien d'anormal; la vessie et le rectum ont été vidés. L'état général est mauvais: la face est d'une pâleur cadavérique et couverte d'une sueur froide; la femme est désespérée de l'arrêt des contractions, qui s'est produit juste au moment où le travail était prêt de s'achever, c'est-à-dire vers dix heures du matin; depuis ce moment, elle n'a pas eu la moindre douleur; elle se plaint seulement d'un grand malaise et d'une fatigue angoissante; « elle sent qu'elle va mourir si je ne la délivre pas au plus vite ». La température paraît normale; le pouls bat 120. Dans la journée, elle a éprouvé quelques légers frissons.

Sans perdre de temps à tenter de réveiller les contractions utérines, tentative qui avait du reste été faite plusieurs fois depuis le matin sans résultat, je me mets immédiatement en mesure de terminer l'accouchement par une application de forceps. L'introduction des branches est facile, et je n'ai pas de peine à ramener, sans presque exercer de traction, un enfant du sexe masculin, bien conformé, paraissant à terme, mais presque entièrement dépouillé de son épiderme, et avec une tête totalement déformée par la pression de l'instrument. Immédiatement il se répand dans la chambre une forte odeur caractéristique de putréfaction.

La malade éprouve instantanément un grand bien-être, qu'elle manifeste par quelques paroles de contentement, et change elle-même de position pour prendre un peu de repos; à ce moment le pouls est à 170. Le placenta est extrait à son tour sans aucune résistance, et sans qu'il s'écoule une goutte de sang; il est, comme le fœtus, en pleine putréfaction et répand une odeur infecte; aussi je me dispose à faire, dans l'utérus, une large irrigation antiseptique; mais quelle n'est pas ma surprise, quand, voulant adresser la parole à la patiente, je constate qu'elle ne donne plus signe de vie. Mon oreille, appliquée sur la région cardiaque, tombe sur une crépitation emphysémateuse énorme, il existait dans les deux régions sous-claviculaires une vaste infiltration gazeuse; impossible de percevoir le moindre battement du cœur; la femme était morte; en moins de dix minutes, les régions sus-claviculaires, le cou, le triangle de Scarpa sont successivement envahis par l'infiltration, qui devient bientôt générale, en même temps qu'il commence à se dégager du cadavre une forte odeur de putréfaction.

Si maintenant, à défaut d'autopsie, on recherche la cause d'une mort aussi rapide, je crois qu'il faut la mettre sur le compte d'une infection suraiguë de la femme par un fœtus en pleine putréfaction; et ce fait viendrait à l'appui de la théorie de M. Perrin sur la gangrène foudroyante, théorie admise aujourd'hui presque sans conteste.

Il est en effet légitime d'admettre, dans le cas particulier, que la putréfaction du fœtus s'est produite à la suite du contact prolongé de la tête avec l'air extérieur; de plus l'absence d'épiderme par places était une circonstance de plus pour favoriser et activer le travail de putréfaction. Celui-ci, suivant une marche envahissante sur le fœtus d'abord, puis sur le placenta, il est arrivé à un moment donné que les tissus en pleine décomposition se sont trouvés en contact immédiat, soit avec une plaie utérine, soit plus probablement avec la surface d'insertion placentaire, surface éminemment propre à l'absorption, de sorte que l'infection générale a été pour ainsi dire foudroyante et la cessation des contractions utérines ne semble pas avoir eu d'autre cause. C'est de ce moment là que l'on peut faire commencer l'infection, qui a suivi une marche progressive jusqu'au dénoûment fatal.

Je crois donc que dans de semblables conditions, l'état général, déplorable à tous les points de vue, a été pour peu de chose dans la gravité des accidents; la mort serait survenue peut-être plus lentement, mais aussi sûrement chez une femme dans de bonnes conditions physiologiques; l'intervention précoce et rapide eût pu seule éviter une issue fatale. Quoiqu'il en soit cette observation m'a paru importante à rapporter, tant à cause de sa rareté, qu'à cause des considérations intéressantes auxquelles elle donne lieu.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

Société de médecine pratique de Paris (3 juillet 1890) : I. *Du traitement des vomissements par la cocaine et l'opium.* — **Société de médecine du Nord** (23 juin 1890) : II. *Le diagnostic de la mastite de la ménopause.* — **Société de médecine et de chirurgie de Toulouse** (2 juin 1890) : III. *De la prophylaxie des accidents chloroformiques.*

I. Du traitement des vomissements par la cocaïne et l'opium. — La cocaïne a fait ses preuves pour calmer la susceptibilité de la muqueuse stomacale. L'opium possède à coup sûr une réputation thérapeutique plus ancienne et plus éprouvée. Mais les vomissements sont des accidents rebelles, surtout au début de la tuberculose et de certaines maladies chroniques. Contre eux, on ne saurait trop agir, et la coalition de deux médicaments aussi actifs est plus puissante peut-être que l'un d'eux isolément administré.

Bien des praticiens l'ont pensé: M TISON l'a donc admis comme eux, ce qui aisément s'explique, et a prescrit aux tuberculeux qui vomissent, aux hystériques dont l'estomac est susceptible, en un mot contre ces vomissements rebelles qui font le désespoir des thérapeutes et, facilement, épuisent les ressources de l'arsenal médicamenteux dont ils disposent. Voici la formule adoptée par notre confrère :

Chlorhydrate de cocaïne ..
Extrait thébaïque ..... } àà 0,01 centigramme.
F.s.a. pour une pilule.

Digitized by Google

On administre une de ces pilules dix minutes avant le repas, en ayant soin de faire ingérer une quantité de boisson suffisamment abondante. La dose de ces pilules peut être élevée à cinq ou six quotidiennement.

Ajoutons que, dans le même but, et avec le même succès, d'autres médecins prescrivent le chlorhydrate de cocaïne en mélange avec l'opium brut pulvérisé, et sous la forme de cachets médicamenteux.

II. Le diagnostic de la mastite de la ménopause. — A côté de la mastite des nouveau-nés et des adolescents, il existe une mastite de la ménopause, qui, par des phénomènes généraux, peut, à tort, passer pour un cancer. M. Phocas le démontre par l'histoire d'une malade qui éprouvait, dans la mamelle gauche, des picotements, de la douleur et de la tuméfaction.

La peau glissait sur les parties profondes; mais dans la moitié externe de ce sein, il existait une grosse tumeur dure, légèrement lobulée à la surface, faisant corps avec la glande mammaire, légèrement douloureuse à la pression, et, dans l'aisselle, du même côté, deux ganglions indurés L'état général avait notablement périclité. Cette femme était devenue pâle, essoufflée.

Le diagnostic était embarrassant. Tout portait à penser à une affection maligne, à un cancer en masse. Cette circonstance que l'affection était survenue chez une femme à la période critique, était de nature à corroborer mes soupçons, et un chirurgien expérimenté des hôpitaux de Paris avait fait entrevoir la nécessité probable d'une opération.

Trois signes faisaient cependant croire à une mastite. C'étaient l'absence d'adhérences de la peau, la marche de l'affection et l'engorgement ganglionnaire. Il est rare, en effet, de trouver des adhérences à la peau dans ce genre de tumeur, et il est, aussi, exceptionnel de ne pas trouver ce signe dans le cancer arrivé à cette période. Relativement à la marche, Tillaux a établi que la marche *oscillante* de la tumeur était un caractère de premier ordre. Enfin, l'engorgement ganglionnaire n'est point toujours de nature néoplasique? Beaucoup de chirurgiens en doutent, et certaines opérées ont guéri sans qu'on eût enlevé ces tumeurs ganglionnaires.

En présence de ce doute, M. Phocas resta dans l'expectation. Sous l'influence d'une médication très simple, la tumeur a diminué et a disparu au bout de six semaines. C'était une conduite à imiter.

III. De la prophylaxie des accidents chloroformiques. — Au moment où l'Académie discute sur le chloroforme, la Société de médecine de Toulouse vient d'entendre le témoignage de M. Jeannel, en faveur de l'injection qui a reçu le nom de M. Dastre, et qu'il a employée avec succès sur plus de cent opérés. En voici, la formule, au reste, assez connue :

Hydrochlorate de morphine..	0,15	centigrammes.
Sulfate neutre d'atropine	0,007	milligrammes.
Eau distillée.....	10	grammes.

Le contenu d'une seringue de Pravaz renferme donc *un centigramme et demi* de chlorhydrate de morphine, et *sept dixièmes de milligramme* de sulfate neutre d'atropine.

Dix ou vingt minutes avant la chloroformisation, M. Jeannel pratique l'injection de cette dose de la solution. Il diminue ainsi, dit-il, constamment la période d'excitation, même chez des individus qui l'avaient présentée dans des tentatives antérieures de chloroformisation. De plus, il abrège la durée de cette dernière, la rend plus facile et en diminue le danger.

Quant aux troubles passagers consécutifs à l'administration de cette dose d'atropine ou de morphine, il les attribue à des erreurs pharmaceutiques et déclare qu'on doit en innocenter ces alcoloïdes. On le voit, M. Jeannel ne partage point l'opinion de M. Verneuil sur les inconvénients de ces injections.

K. D.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 juillet 1890.

Présidence de M. le Dr Nicaise

Traitement des abcès des ovaires et des trompes. — M. Terrillon a adopté pour le traitement de ces suppurations une méthode différente de celle de M. Bouilly. Il les aborde par la voie abdominale après laparotomie. Presque toujours les collections, lentes à se former, entourées d'une coque épaisse, contractent des adhérences avec les anses intestinales. La laparotomie seule permet de bien voir le champ opératoire, d'ouvrir ces abcès et d'extirper ou de curer des poches, dans lesquelles les récidives seraient fréquentes, si on se contentait simplement de les vider Il réserve donc l'ouverture par le vagin aux abcès qui bombent de ce côté, et dont l'ouverture spontanée est imminente.

M. Terrier. — Quand ces abcès suivent leur évolution normale, ils finissent par s'ouvrir spontanément dans le vagin, la vessie ou le rectum; des fistules interminables en sont la conséquence. Chassaignac les ouvrait par le vagin, plaçait un gros drain, et les lavait jusqu'à la guérison. Très souvent celle-ci était fort longue à survenir et était entravée par la création de fistules. M. Terrier n'a jamais eu la pensée d'imiter cette méthode, à moins d'ouverture imminente dans le vagin; il a toujours abordé ces abcès par la voie abdominale, qui permet d'employer tous les moyens chirurgicaux en usage. Ces poches sont souvent formées par les anses intestinales adhérentes entre elles, elles sont alors fort difficiles à vider, et donnent naissance à des fistules très tenaces. Une jeune femme, après un accouchement, est atteinte de pelvi-péritonite suppurée; le foyer, formé en arrière de l'utérus, est ouvert par le vagin : une fistule se forme et produit une suppuration interminable, qui, finalement, met les jours de la malade en danger. M. Terrier, appelé comme chirurgien consultant, pratique la laparotomie et ouvre un volumineux abcès dont les parois étaient précisément formées par des anses intestinales. La malade guérit de son opération, mais conserva une fistule filiforme qui s'ouvrait dans le rectum; celle-ci ne se ferma que pendant le cours d'une grossesse intercurrente. Ainsi donc, même par une intervention radicale, on ne peut affirmer guérir ces malades, à cause de la possibilité des fistules consécutives.

En résumé, toutes les fois que l'on a établi le diagnostic de suppuration des annexes de l'utérus, il faut intervenir hâtivement par la laparotomie. Quant à l'ouverture par le vagin, il la considère comme une méthode aveugle et insuffisante.

M. Desprès. — Les chirurgiens du commencement du siècle ouvraient ces abcès par le vagin : leur conduite doit être imitée quand la tumeur est adhérente à la muqueuse vaginale et que sa paroi est très amincie. Mais quand le foyer inflammatoire est élevé dans le petit bassin, on s'expose à ne pas l'atteindre par le vagin; ces cas doivent être soignés par les moyens médicaux. M. Desprès pense que l'on fait un grand abus de la laparotomie; les inflammations de l'ovaire et de la trompe, même tuberculeuses, ne nécessitent pas plus l'intervention que l'épididymite de l'homme.

M. Pozzi. — S'il est important d'évacuer le pus contenu dans le bassin, il faut aussi se préoccuper du sac, qui peut se remplir, être le siège de douleurs, et finalement causer une récidive; il est donc aussi très important d'enlever ce sac quand il est énucléable. Cette ablution n'est possible qu'après la laparotomie, Il en est de même de la variété de ces abcès; on ne peut le faire qu'après l'ouverture de l'abdomen, en voyant directement les lésions.

En cas d'urgence, si l'abcès bombe dans le vagin, on l'ouvrira par cette voie.

Digitized by Google

M. Bouilly n'a pas voulu généraliser sa méthode, ainsi que quelques-uns semblent le croire : il l'applique dans des cas bien déterminés, d'après les indications suivantes : état général mauvais contre indiquant la laparotomie, températures élevées et persistantes, abcès bien collecté en un seul foyer, poche exempte de parties dures, faisant saillie du côté du vagin. — Si la tumeur ne présente pas ces indications, il fait la laparotomie.

Dr H. Marciguey.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 *juillet* 1890

Présidence de M. le Dr Dumontpallier

Syringomyélie et maladie de Morvan. — M. Joffroy, en collaboration avec M. Achard, présente des pièces relatives à l'autopsie d'un cas de maladie de Morvan.

La syringomyélie peut donner lieu aux symptômes de la maladie de Morvan. M. Dejerine a fait à cette opinion diverses objections.

En faveur de la distinction des deux types morbides, il invoque la dissociation de l'anesthésie considérée comme exceptionnelle dans la maladie de Morvan, tandis qu'elle est la règle dans la syringomyélie. Mais cette dissociation a été plusieurs fois constatée dans la maladie de Morvan, du moins au début. D'autre part, la syringomyélie peut s'accompagner d'altérations de la sensibilité au simple contact, comme M. Dejerine l'a rappelé lui-même et comme l'observation rapportée par nous en fournit un nouvel exemple. Il n'y a donc pas, sous le rapport des troubles sensitifs, une distinction formelle entre les deux affections.

Les panaris, constatés dans la maladie de Morvan, se sont aussi rencontrés parfois dans la syringomyélie. D'ailleurs dans notre fait, que M. Dejerine semble vouloir rejeter du cadre de la maladie de Morvan, ce sont précisément les panaris et les mutilations consécutives qui formaient le trait le plus frappant du tableau morbide. On voit donc que les arguments cliniques, allégués en faveur de la séparation des deux maladies, n'ont pas une valeur décisive ; qu'il y a des faits de transition entre le type de Morvan proprement dit et les formes habituelles de la syringomyélie. La ressemblance devient encore plus remarquable si, au lieu de considérer exclusivement les troubles sensitifs et les panaris, on tient compte des autres symptômes communs à la syringomyélie et à la maladie de Morvan : parésie et atrophie musculaire, scoliose, troubles trophiques divers.

L'état des nerfs périphériques, invoqué par M. Dejerine, à l'appui de la doctrine dualiste, ne fournit pas même les éléments d'un diagnostic anatomique. S'il existait, en effet, dans les deux cas examinés à ce point de vue par M. Gombault, des altérations parenchymateuses et surtout interstitielles, avec lésions considérables de petits vaisseaux, ce sont des altérations analogues, sinon d'égale intensité, que nous avons observées dans notre fait, contrairement à l'assertion de M. Dejerine.

La fréquence de la maladie de Morvan dans une certaine région, la Bretagne, sur laquelle M. Dejerine se fonde pour rapprocher cette affection de la lèpre et la rapporter à une névrite périphérique, ne peut évidemment servir à établir une distinction absolue entre les deux états morbides, car nous connaissons aussi mal l'étiologie de la syringomyélie que celle de la maladie de Morvan. Ce n'est, d'ailleurs pas seulement dans le pays de son inventeur que cette dernière a été rencontrée. De nombreux cas ont été observés à Paris, à Reims et en Allemagne, et les faits de Roth et de Czerny, diagnostiqués syringomyélie, présentent de bien grandes analogies avec le type de Morvan.

Pour ces diverses raisons, on ne peut conclure avec M. Dejerine que la maladie de Morvan apparaît de plus en plus comme indépendante de la syringomyélie.

La syringomyélie est une affection à symptomatologie complexe variable suivant le siège et l'étendue des lésions spinales, et, selon qu'il s'y joint ou non des névrites périphériques, elle peut donner lieu au complexus symptomatique défini par Morvan ; mais on n'est pas autorisé à admettre actuellement que, dans tous les cas, la syringomyélie soit l'unique lésion de la maladie de Morvan.

Exostoses ostéogéniques. — M. Legroux rapporte, au nom de M. Barthélemy, une observation ayant trait à de nombreuses exostoses de croissance chez un enfant. Dans ce cas, l'hérédité semble avoir joué un grand rôle sur la production de ces exostoses, car les parents et les grands-parents de l'enfant en présentaient eux-mêmes de nombreuses sur les os des membres.

Syphilis médullaire précoce. — M. Gilbert rapporte un cas de localisation précoce de la syphilis sur la moelle épinière survenue le sixième mois après l'accident initial. Les lésions spécifiques de la moelle et de ses enveloppes sont rares pendant les deux premières années de l'infection syphilitique ; mais se montrent plus fréquemment dans le deuxième trimestre de la première année que dans les périodes ultérieures. Elles se rencontrent principalement dans les syphilis traitées d'une manière imparfaite ; toutefois, on peut aussi les observer dans des syphilis d'apparence normale. Elles frappent à peu près exclusivement le sexe masculin, sans qu'il soit possible de retrouver la cause occasionnelle.

Les symptômes précurseurs consistent en rachialgie, courbature, difficulté de la miction, faiblesse des membres inférieurs... Chez le malade de M. Gilbert, la paraplégie est devenue complète en quarante-huit heures, accompagnée de tremblements fébrillaires, de diminution des réflexes patellaires, de paralysie vésicale.

La sensibilité thermique s'est éteinte dans les membres inférieurs ; les autres sensibilités étaient seulement émoussées. La réflectivité cutanée paraissait conservée et le sens musculaire intact. La perturbation vasomotrice s'est produite par une semi-érection de la verge et l'œdème faible des membres inférieurs placés dans une position déclive.

M. Gilbert a institué un traitement mixte énergique dès les premiers jours de l'entrée du malade à l'hôpital, c'est-à-dire quarante-huit heures après le début des phénomènes paralytiques. Le traitement a été continué plus de deux mois. Les bénéfices obtenus au bout de ce temps ont été très minimes, quelques mouvements ont reparu dans les membres inférieurs ; la rétention d'urine a cessé d'être absolue, l'anesthésie moins prononcée. Mais l'état du malade reste toujours très précaire.

Chimisme stomacal. — M. Hayem a surtout étudié le dosage du chlore dans les diverses conditions du suc gastrique et l'acidité totale de ce dernier liquide. Dans la seconde partie, M. Hayem fera connaître les conclusions de ses recherches au point de vue thérapeutique.

Dr H. Marciguey.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 *juillet* 1890

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

Présentation. — M. le Dr Rouvier (de Beyrouth) : Identité de la grippe et de l'influenza.

M. Boucheron lit une note d'où il résulte qu'avant M. le Dr Galezowski il avait préconisé la névrotomie ciliaire et optique dans l'ophtalmie sympathique.

Digitized by Google

Des accidents du chloroforme. — M. le Dr A. Guérin n'a pas perdu un malade sur des milliers d'anesthésiés ; il n'en tire pas vanité. Comme l'a dit M. Le Fort, souvent on ne sait pas pourquoi un malade meurt pendant la chloroformisation. Pendant l'anesthésie, il prend une précaution qui, précisément, empêche l'irritation des nerfs nasaux par le chloroforme. Avec deux doigts de la main qui tient la compresse, il serre le nez du malade pour qu'il ne respire que par la bouche.

M. Labbé est d'avis qu'il faut tenir compte des expériences des physiologistes, mais, quand il s'agit de l'homme, la clinique reprend ses droits. Le principe appliqué par M. Labbé, dans la chloroformisation, est le suivant : donner le chloroforme à très petites doses, continues, sans intermittence. De cette façon il évite les accidents reflexes, les plus graves de tous. Si on ne donne, au début, que quelques gouttes de chloroforme, on ne provoque pas de reflexes. Avec le procédé indiqué par M. Labbé, 15 à 20 grammes de chloroforme suffiront pour une chloroformisation complète pendant une heure.

En outre, il ne faut jamais prendre un instrument tant que le malade n'est pas complètement endormi. Quant aux accidents d'intoxication, il n'y en a pas si on suit les règles précédentes. Les accidents graves sont, en général, instantanés. Il faut donc agir à l'instant par l'inversion et la respiration artificielle, celle-ci étant le procédé par excellence. Enfin, il faut savoir que la mort peut survenir sans que personne puisse incriminer le chirurgien.

M. Lagneau continue sa lecture sur la *dépopulation de la France*.

Elections. — Sont élus membres associés nationaux : MM. Marchand (de Fécamp) par 47 voix sur 47 votants ; M. Loir (de Lyon) par 38 voix sur 46 votants. F. R.

BULLETIN DE LA SEMAINE

La question du chloroforme en France et en Angleterre.

La commission nommée par le nizam d'Hyderabar pour étudier les effets du chloroforme, a constaté que, donné d'une façon continue par tous les moyens permettant son mélange avec l'air, ce corps produit une chute continue de la pression sanguine, pourvu que la respiration de l'animal ne soit pas entravée. Il respire tranquillement sans se débattre et sans suspendre involontairement sa respiration. A mesure que la chute de la pression sanguine continue, l'animal devient insensible, puis la respiration et enfin le cœur s'arrêtent. Si le chloroforme est modérément mélangé avec l'air, la chute de la pression sanguine est plus rapide, mais elle se fait toujours graduellement, aussi longtemps que les autres conditions se maintiennent. Quelque concentré que soit le chloroforme, il ne produit jamais la mort subite par arrêt du cœur.

Le chloroforme ne peut augmenter la tendance au shock ou à la syncope dans les opérations. Car toutes les opérations qu'on pouvait croire dangereuses pendant la chloroformisation ont été faites sans produire aucun effet sur le cœur, le pouls ou les pressions sanguines.

Cependant si l'animal se débat pendant la chloroformisation ou si un accident quelconque entrave la respiration, on observe des irrégularités de circulation et des battements de cœur. La plus légère, entrave tel que le fait de tirer la langue en avant produit cet effet. Le fait d'attirer la langue en dehors, comme on le pratique constamment sur le malade en danger, est le seul procédé d'irritation du nerf vague qui a paru produire le shock. Cette proposition, toute paradoxale qu'elle puisse paraître, a été mise hors de doute.

La commission a constaté qu'un effet précisément semblable à celui causé par la stimulation électrique du nerf vague peut être produit par l'intermédiaire de ce nerf.

1° Quand la respiration se suspend, ce qui arrive au début de la chloroformisation ;

2° Dans l'asphyxie ;

3° Quelquefois après la paralysie du centre respiratoire, qui se produit à une période avancée de la chloroformisation.

On peut donner le chloroforme jusqu'à avoir une anesthésie complète, avec une chute graduelle de la pression sanguine et sans produire d'irrégularité de cœur ou de la circulation. Pour cela, il faut assurer la régularité de la respiration, sans que l'animal se débatte, retienne son souffle, sans qu'il y ait asphyxie ; par suite, il y a certaines précautions à prendre. Quand l'appareil saturé de chloroforme est mis trop près de la bouche ou du nez d'un animal, celui-ci retient sa respiration. Chez beaucoup d'animaux, le lapin et la chèvre en particulier, le fait de suspendre la respiration amène une stimulation du nerf vague et en même temps ralentit les mouvements du cœur et la circulation.

Des expériences ont prouvé que la mort par le fait du chloroforme est due invariablement à une dose trop forte de l'anesthésique.

Y a-t-il des circonstances qui rendent dangereuses l'inhalation du chloroforme ? Il est bien démontré que toutes les causes qui entravent la respiration sont un danger dans la chloroformisation. Il est évident que l'asphyxie complète, la suspension continue de la respiration, si elles étaient possibles, seraient un sûr moyen d'empêcher l'empoisonnement par le chloroforme, mais le danger, dans ces conditions, est dû à ce que ces accidents sont suivis forcément d'une respiration vigoureuse et profonde.

Les efforts du malade sont dangereux, parce que, ou bien ils produisent une asphyxie incomplète, ou bien celle-ci alterne avec une accélération de la respiration et de la circulation. Il en résulte une augmentation de la quantité de chloroforme inhalé et celui-ci arrive au cerveau et aux centres nerveux avec une trop grande rapidité. La suspension de la respiration produit l'asphyxie et cette dernière engendre des matières toxiques, stimule le centre respiratoire et, d'autre part, rend ce centre très susceptible à l'action paralysante du chloroforme. D'autre part, l'asphyxie engendre une respiration profonde et suspicieuse, d'où résulte l'absorption d'une dose excessive de chloroforme.

La rapidité de l'empoisonnement par le chloroforme, quand l'asphyxie se produit, est à peu près aussi grande que si, après avoir jeté un homme dans l'eau, on tenait un inhalateur à chloroforme au dessus de sa tête chaque fois qu'il reviendrait à la surface pour respirer. C'est exactement ce que font des opérateurs timides ou inexpérimentés. Ils versent leur chloroforme sur l'appareil et l'appliquent sur la face du malade. Celui-ci retient sa respiration et devient excessivement pâle, pendant que son nerf vague ralentit le cœur et la circulation. Puis la malade fait une inspiration profonde, et, aussitôt que son thorax commence à se mouvoir, l'opérateur croit qu'il n'y a aucun danger et remet l'inhalateur sur la face du patient, bien heureux s'il n'ajoute pas une nouvelle dose de chloroforme. Les moyens de protection naturelle du malade étant épuisés, il absorbe rapidement une dose fatale de chloroforme. Notons en outre que la respiration à travers un inhalateur n'est pas une respiration naturelle.

La commission a montré que, pour administrer le chloroforme sans danger, il faut que la respiration soit naturelle. On doit donc éviter les efforts la lutte de la part du malade, en un mot tout ce qui peut entraver sa respiration. Il faut administrer le chloroforme au moyen d'un cône ouvert, qui est tenu assez loin de la face du malade pour éviter que ce dernier retienne sa respiration. On lui conseille, au début, de souffler dedans après chaque inspiration, le cône étant appliqué plus près du visage. On peut ensuite l'appliquer complètement sur la face.

F. Roux.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

Les Universités, la liberté de l'enseignement et l'administration. — Extrait de la *Revue générale des Sciences pures et appliquées* et d'un article de M. le Dr A. Gautier, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Digitized by Google

« Il est une expression populaire qui nous vient du siècle dernier : elle sert à caractériser un travail improductif. Nous disons : *travailler pour le roi de Prusse*. Expression aujourd'hui cruelle dans sa clarté prophétique !

Dans nos essais de reconstitution de l'*Enseignement supérieur* en France, prenons garde que, trop méfiants de l'esprit de liberté, prenons garde de tenter une aventure nouvelle alors que notre pays ne saurait perdre ni un sou, ni une heure. Car, tandis que nos voisins s'efforcent de donner à leurs vieilles Universités le plus d'autonomie, d'unité, de puissance, de liberté ; que chacun de leurs membres n'y dépend que de ses pairs, de ses élèves et de lui-même ; nous parlons déjà de créer un système bâtard, mi-partie Faculté et Université, où chaque groupe enseignant, régi ou dirigé par un recteur ou un directeur nommé par l'Etat, continuerait à rester sous l'étroite surveillance et la dépendance d'une forte administration centrale, le consultant quand il lui convient et décidant en dernier ressort de ses intérêts majeurs.

Pendant qu'en Allemagne et en Italie l'Etat tend à diminuer le nombre des Universités pour concentrer et multiplier le moyen d'action de celles qui sont de véritables foyers de lumière et de travail, et, peu soucieux des influences locales (Heidelberg lui-même va, dit-on, disparaître) — alors que l'on sacrifie tout au bien public, au perfectionnement du Haut Enseignement, chez nous l'on se hâte de promettre, à côté de ces Universités vraiment désirables, la conservation de Facultés sans élèves, sans traditions, sans avenir et l'on demande déjà à nos Assemblées la création d'autant d'Universités nouvelles qu'il y a d'Académies.

Dans le monde administratif, qui, depuis le commencement de ce siècle, propose et décide au nom de l'Université de France, on ne paraît pas s'apercevoir assez qu'une réunion de chaires publiques et de bureaux dans un même lieu ne suffit pas plus à constituer une Université qu'un mannequin dont on tirerait les ficelles ne constitue une individualité, s'il manque de ce principe vital qui lui permet de coordonner lui-même librement ses efforts et ses actes en vue de sa conservation et des intérêts qu'on lui demande de défendre.

M. Gautier est sévère pour l'administration.

L'administration est-elle bien la seule coupable dans cette affaire? On revendique en faveur de la liberté : très bien. Seulement on ne s'explique pas pourquoi, l'amour de la liberté du prochain chez certains universitaires, ne va pas jusqu'au sacrifice de leur propre monopole?

L'enseignement médical et la Faculté de médecine de Paris. — La *Gazette des hôpitaux* du 8 juillet dernier juge sévèrement l'enseignement distribué par la Faculté de Paris. Lisez plutôt !

Notre Faculté possède à Paris des ressources d'instruction médicale, comme il n'en existe *dans aucun pays du monde entier*. Cette richesse fait notre mal. A cause d'elle, on ne calcule pas, on laisse aller ; et l'étudiant, un peu abandonné par la Faculté, doit trouver dans les services hospitaliers de quoi achever une éducation que l'enseignement officiel ne lui donne qu'avec parcimonie et d'une façon insuffisante... Si l'étudiant français était réduit au seul enseignement de la Faculté, il ferait un piètre médecin.

La Faculté de Paris compte 34 professeurs titulaires chargés de donner l'enseignement aux 4,000 étudiants qui viennent s'inscrire chez elle. A voir ce nombre si considérable d'étudiants pour un nombre si restreint de professeurs, on croirait que les cours de ces derniers doivent être suivis, et les amphithéâtres sont trop petits pour contenir la masse des auditeurs. Il n'en est rien. Quelques cours sont privilégiés et peuvent réunir 100 et, exceptionnellement, 200 auditeurs ; la plupart sont bien loin d'atteindre la centaine ; quelques-uns sont absolument déserts.

A ce vide des amphithéâtres, il paraît n'y avoir que deux raisons : ou ces cours sont mal faits par le professeur, ou bien l'étudiant, indifférent et paresseux, passe à côté de l'enseignement qu'on lui offre, sans savoir en profiter. Ni l'une ni l'autre de ces raisons n'est la bonne. Parmi d'autres raisons, il y en a une essentielle, capitale à nos yeux, c'est que l'étudiant n'est pas dirigé, guidé dans ses études, comme il conviendrait, c'est que les cours qu'on lui offre, tout en étant bien professés, sont sans cohésion les uns avec les autres, sans suite, c'est qu'en d'autres termes, *la Faculté offre à l'étudiant un assemblage de cours, mais ne lui fait pas d'enseignement véritable.*

En d'autres termes, c'est dire que la médecine pratique, celle qui ne fait point de piètres médecins s'enseigne ailleurs que dans les cours publics. Bon gré, mal gré, honoré confrère de la *Gazette des Hôpitaux*, il vous faut donc arriver à réclamer avec nous, l'organisation de l'enseignement dans les hôpitaux : en d'autres termes, une *Ecole de médecine des hôpitaux*. On ne voit point ce que la Faculté pourrait y perdre, on s'aperçoit, par contre, de ce que les élèves et la médecine française y gagneraient.

NOUVELLES SANITAIRES

Le choléra au Comité d'hygiène. — Cette semaine on a parlé du choléra dans ce comité, dont il serait fort utile de faire connaître les délibérations par une note transmise au *Journal officiel*. M. Monod a fait connaître les mesures qu'il a prises, d'accord, avec le Ministre de l'intérieur, et dont on apprécie les heureux résultats.

M. Charrin, de retour de son voyage sanitaire dans les Pyrénées, a fait connaître l'organisation des postes sanitaires, organisation dont la *Revue générale de clinique* a donné le détail dans ses derniers numéros.

Comme mesures complémentaires aux décrets des 4 et 18 juin, les agents des chemins de fer ont été mis en demeure de concourir à l'application de la surveillance sanitaire exercée sur les voyageurs venant d'Espagne.

ÉTRANGER

ESPAGNE. — **L'épidémie cholérique de 1890.** — Les informations sont toujours incomplètes. L'autorité centrale, à Madrid, vient de l'avouer, en menaçant de peines graves les municipalités qui dissimulent l'état sanitaire des communes.

A Gandia, du 15 juin au 3 juillet, il y a eu 154 cas et 41 décès. A Cullera, Rolova, Fortanely, Magenta et Alcera, on signale aussi des cas suspects, ainsi que dans toutes les localités précédemment contaminées.

A Valence on a mentionné un décès. En tous cas, en l'absence de renseignements officiels exacts, il est impossible de se rendre compte du développement de l'épidémie, et on doit se louer des mesures sanitaires sévèrement prescrites par le gouvernement français.

EGYPTE. — **Le choléra et le pèlerinage de la Mecque.** — On annonce que des cas suspects et des décès ont été constatés à bord des navires traversant la Mer Rouge et amenant des pèlerins. La confirmation de ces faits serait surtout plus grave que l'on connaît les conditions défectueuses dans lesquelles le service sanitaire international fonctionne depuis l'occupation de l'Egypte par les Anglais.

INFORMATIONS

FRANCE

TOULOUSE. — **La future université toulousaine.** — Une réunion a eu lieu vendredi dernier dans l'amphithéâtre de la Faculté des lettres et a émis le vœu de la création d'une

Digitized by Google

Université régionale dans cette ville. Ce vœu a été de suite transmis au ministre de l'Instruction publique.

ÉTRANGER

ANGLETERRE. — **L'hôpital français de Londres.** — Cet édifice, que l'on a inauguré il y a quelques jours, est situé dans Shaftesbury-avenue et peut recevoir soixante-dix malades.

Au rez-de-chaussée il contient les communs, la salle d'opérations et les cuisines. Le premier étage est consacré aux femmes, aux enfants et à la maternité. Le second étage est destiné aux hommes. Au troisième étage se trouvent la chapelle et les logements des internes.

Les hommes ont à leur disposition un fumoir avec balcon. Une bibliothèque est à la disposition des malades.

La salle des morts est isolée de l'hôpital. Enfin des bains et des installations sanitaires complètes, rendent cet établissement aussi parfait que possible, étant donnée l'exiguïté du terrain et des ressources dont on disposait.

RUSSIE. — **Prophylaxie de la syphilis.** — Les mesures suivantes viennent d'être officiellement recommandées : 1° Chaque *zemstvo* devra affecter à chaque district, un médecin spécial, chargé de proposer les mesures prophylactiques; 2° Des dispensaires spéciaux seront affectés aux syphilitiques; 3° Une caisse de secours sera établie dans chaque *zemstvo* pour assister les familles dont les membres sont en traitement dans les syphilicômes.

NOUVELLES MILITAIRES

Nominations dans le corps de santé militaire (Réserve). — *Au grade de médecin aide-major de deuxième classe.* — MM. les Drs de Malherbe, Cosserat, Chataigner, Thivet, Dumas, Bouyon, Ducasse, Dumont, Breteau, Rascault, Benoist, Sénique, Blondel, Cullette, Bérard et Descongs.

ÉTRANGER

ITALIE. — **Statistique sanitaire de l'armée.** — En 1888, la morbidité a été de 732 pour 1,000; inférieure, par conséquent, de 28 pour 1,000 à celle de l'année 1889. La mortalité moyenne de ces deux années s'est élevée à 8,7 pour 1,000. Les réformes ont été de 14 pour 1,000 et, par conséquent, inférieures de 1,8 pour 1,000 à celles de l'année 1889.

VARIÉTÉS

Le pansement aseptique extemporané au papier d'amiante. — Inventé par un externe des hôpitaux de Lyon, M. Duquaire, employé par M. Ollier et mis à l'essai bactériologique par M. Arloing, ce pansement est le suivant, d'après le compte rendu de la séance du 23 juin dernier de la Société de médecine de Lyon.

On se sert d'un tissu incombustible (papier d'amiante), préalablement enduit d'une substance combustible fixe (cire, ozokérite, etc.). On suspend les feuilles de papier d'amiante à un fil de fer. On enflamme ces feuilles, la substance combustible brûle et avec elle les microbes. Le tissu incombustible reste sensiblement aussi résistant qu'avant le flambage. On l'applique alors directement sur la plaie, en couche plus ou moins épaisse, avec ou sans addition d'un antiseptique.

Au lieu du makinstosch, on interpose entre le papier d'amiante et le bandage, lorsqu'on désire faire le pansement occlusif, une feuille d'étain assez mince pour être souple, assez épaisse pour permettre le flambage. Ce dernier flambage s'effectue en promenant horizontalement, et avec lenteur, l'une de ses faces lisses au travers de la flamme du papier d'amiante.

On allume le papier au moment même de l'appliquer sur la plaie, afin qu'il ne s'infecte pas au contact des poussières de l'air. On s'est alors désinfecté les mains par un lavage antiseptique, et, pour ne pas les réinfecter au contact d'une allumette ou d'une bougie plus ou moins septique, M. Duquaire procède de la façon suivante : avant de se désinfecter les mains, il tend le fil de fer, suspend les feuilles d'amiante, munit la bougie d'un petit manche latéral en fil de fer *flambé* et allume la bougie. C'est alors qu'il fait le lavage antiseptique de ses mains. Après il ne touche plus aucun objet qui ne soit aseptique. Pour allumer le papier d'amiante, il prend la bougie par son manche latéral *flambé*; puis, après l'action du feu, il détache le papier aseptique en le tirant à lui. De la sorte, il n'infecte pas le papier et ne s'infecte pas les mains.

La rage de l'âne. — Le journal *El Siglo Médico* en rapporte un exemple. Une femme de Noya en Galice fut mordue par une des ânesses de son étable, et cette ânesse avait elle-même été mordue par un chien enragé. Cette femme a succombé à des accidents d'hydrophobie rabique, mais l'incubation de cette dernière avait été de longue durée.

Prophylaxie générale de l'impaludisme. — Me Perronnet (de Cherchell), un de nos distingués confrères algériens, conseille les mesures suivantes :

A. — *Pour les villages déjà construits* : 1° Prohiber l'arrosage des jardins attenant aux maisons d'habitation;

2° Cimenter les joints des carreaux dans les maisons qui n'ont pas de caves et où le carrelage seul sépare les habitants des émanations telluriques; employer pour ces carrelages des briques forées;

3° Exiger strictement la propreté des cours.

B. — *Pour les villages en construction* : 1° Construire les nouveaux villages sans cours, ni jardins attenant aux maisons d'habitation;

2° Refouler toute culture à 200 mètres du périmètre du village.

C. — *Pour tous les villages sans distinction* : 1° Éviter de travailler dans les champs après les petites pluies qui, suivies d'un soleil ardent, craquellent le sol et en laissent échapper les émanations palustres;

2° Planter des eucalyptus; extirper les lauriers-roses;

3° Drainer le sol ou bien forer de nombreux puits artésiens qui fassent communiquer les couches superficielles du sol avec la nappe d'eau située sous les couches imperméables;

4° Dans les points où les déclivités du sol sont insuffisantes pour permettre l'écoulement des eaux, semer à sa surface des cendres de lessive; ce procédé a, dans les Dombes, rendu les plus grands services, non seulement à l'agriculture, par l'amendement du sol, mais encore à l'hygiène, par l'atténuation du virus paludéen.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs P. Loye et Deguereau (de Paris); Dequevauvillier, ancien interne des hôpitaux de Paris; Gaillard (de Bessèges).

Le Directeur-gérant : HENRI HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 237, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE N° 30 23 JUILLET 1890

RÉVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

COMITÉ DE RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

AVIS. — L'Administration du journal prie instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement est expiré depuis le 30 juin 1890, de lui faire parvenir, par mandat-poste, le montant de leur renouvellement pour leur éviter les frais de recouvrement s'élevant à 75 centimes par quittance

CLINIQUE MÉDICALE

Contribution à l'étude des capsules surrénales dans la race nègre

Par M. le Dr DUCLOS

Professeur de clinique médicale à l'Ecole de Tours

J'ai fait paraître dès 1863 une longue étude sur la maladie bronzée d'Addison et sur la physiologie des capsules surrénales. Après une discussion très étendue sur les expériences et les observations d'un grand nombre de cliniciens et d'expérimentateurs, je formulais des conclusions dont les principales peuvent se résumer ainsi :

1° La maladie bronzée d'Addison tient à une lésion des capsules surrénales ;

2° Ces capsules ont pour fonction principale, essentielle, de détruire d'une certaine manière la matière pigmentaire ;

3 Elles font partie d'un système de glandes particulières, comme la rate, le thymus, la glande thyroïde, glandes qui n'ont point de conduit excréteur. Elles sont pour la matière pigmentaire ce que la rate est pour les globules rouges du sang, des agents puissants de destruction.

Cette étude sur la maladie d'Addison et sur les fonctions des capsules surrénales terminée, j'ajoutais :

La production du mélanisme dans des conditions pathologiques déterminées m'a paru pouvoir jeter quelque jour sur une question vivement débattue par les savants : je veux parler de l'origine de la race nègre. Il m'a semblé que peut-être trouverait-on une explication satisfaisante dans l'hypothèse d'une condition morbide à l'origine, transmise héréditairement, et perdant par le fait de cette transmission héréditaire son caractère pathologique. L'existence de la race nègre serait ainsi due à des causes simplement accidentelles, parmi lesquelles la maladie a pu jouer à l'origine un grand rôle.

La solution de cette question est pleine d'intérêt, mais aussi de difficultés. Tout récemment M. Peter lui a incidemment consacré quelques lignes, à propos d'un cas de maladie bronzée d'Addison. Je n'avais pas cessé de m'en préoccuper, mais l'occasion ne s'était jamais présentée de pratiquer l'autopsie d'un sujet nègre et de faire à loisir l'examen de ses capsules surrénales. J'avais pensé que parmi les nombreux nègres venus à Paris à l'époque de l'Exposition, quelques-uns ayant succombé, cette recherche aurait pu être poursuivie un nombre de fois suffisant pour aboutir à des conclusions. Je ne connais rien qui ait été publié à ce sujet.

Une circonstance inattendue, le passage et le séjour à Tours d'une troupe de nègres angolais, vient de me permettre de faire dans mon service de clinique cet examen avec le plus grand soin. Voici le fait recueilli par MM. Barnsby et Camus, internes du service.

Le 5 février 1890 entre à la clinique de l'Ecole de Tours une femme Zambera, âgée de 43 ans (autant qu'il a été possible de s'en assurer), mère et peut-être grand'mère de plusieurs enfants, née à Quilulo, royaume d'Angola (Haut-Congo), un type parfait de negresse. Elle fait partie d'une bande d'angolais de passage dans la ville.

Le jour même de son entrée à l'hôpital, elle est examinée très attentivement, étude d'autant plus difficile qu'il est impossible de se faire comprendre même par les gestes qui nous semblent le mieux répondre à notre idée.

Après une auscultation minutieuse, on constate du côté de la poitrine une congestion broncho-pulmonaire intense, caractérisée par les signes stéthoscopiques habituels, et déterminant de la dyspnée, de la toux, du point de côté, et de l'expectoration contenant un peu de sang, mais du sang pur, du sang d'effort ou de congestion, et non pas des crachats rouillés.

Rien d'appréciable au cœur, ni dans aucun autre appareil ou organe; seulement du côté des jambes de très larges plaies, très étendues, provenant de ce que cette femme souffrant du froid n'avait trouvé pour se réchauffer rien de mieux que de placer sur ses jambes le bois enflammé du foyer, et de l'y laisser un temps que nous n'avons pas pu déterminer.

La médication suivie n'amène pas de résultat notable. La congestion persiste avec un peu d'élévation vespérale de la température, quand le 14 février au soir la malade se plaint tout à coup et pour la première fois, de douleur vive dans le ventre avec un léger ballonnement.

Le 16 au matin, l'affaissement est considérable, l'oppression très grande, le ventre de plus en plus douloureux, de plus en plus ballonné, et, dans la soirée de ce même jour, la malade succombe.

Dès le lendemain l'autopsie est pratiquée en ma présence par MM. Barnsby et Camus.

La longueur du corps, du sommet de la tête à la plante des pieds est d'un mètre soixante cinq centimètres exactement.

Le tour du corps au niveau des seins est de soixante quinze centimètres, et, au niveau de l'ombilic, après issue des gaz, est de soixante-huit centimètres.

La longueur des membres supérieurs est de cinquante-cinq centimètres.

Celle des membres inférieurs est de quatre-vingt cinq centimètres.

En somme, une taille très élevée, surtout quand il s'agit d'une négresse. Ses compagnes paraissent être de taille notablement plus petite.

L'examen de la poitrine et du ventre fait reconnaître une congestion considérable des deux poumons, sans pneumonie ni pleurésie, puis une péricardite au début avec un très léger épanchement, enfin un commencement de péritonite également avec un peu d'épanchement. Cet état du péricarde et du péri-

Digitized by Google

toine explique d'une manière très nette les accidents survenus si inopinément les deux derniers jours de la maladie.

Le foie est normal comme volume, comme consistance, et comme aspect aux diverses coupes. La rate, très hypertrophiée, exactement semblable à celles qu'on trouve chez les sujets qui ont été longtemps atteints de la malaria. Elle recouvre les organes voisins.

On retire alors avec un soin minutieux les reins et les capsules surrénales, on les dépouille avec précaution de tout le tissu cellulaires qui les entoure, et leur examen très attentif amène les constatations suivantes :

1° Capsule surrénale droite; longueur : quatre centimètres; largeur : deux centimètres et demi à sa partie la plus large ; épaisseur : un centimètre; consistance : molle, élastique; poids : trois grammes cinquante centigrammes ; volume : trois centimètres cubes, très exactement évalués par la méthode du déplacement de l'eau dans une éprouvette graduée.

2° Capsule surrénale gauche; longueur : cinq centimètres ; largeur : deux centimètres ; épaisseur : sept millimètres ; consistance : molle, élastique; poids : cinq grammes; volume : quatre centimètres cubes.

L'examen des reins fait de la même manière après enlèvement de l'enveloppe cellulo-graisseuse, donne les résultats suivants :

3° Rein droit; longueur : onze centimètres ; largeur : six centimètres ; épaisseur : quatre centimètres ; consistance : molle, élastique ; poids : cent neuf grammes.

4° Rein gauche; longueur : onze centimètres cinq millimètres ; largeur : six centimètres trois millimètres; épaisseur : quatre centimètres cinq millimètres ; consistance : molle, élastique, poids : cent trente neuf grammes.

L'examen histologique est fait par mon habile collègue, M. le Docteur Barrsby directeur du laboratoire d'histologie et de bactériologie de l'Ecole de Tours. En voici le résumé très précis.

Des coupes sont pratiquées dans la substance corticale de la capsule surrénale. On distingue sur les coupes des canalicules formés de tissu conjonctif, noyés dans un tissu glandulaire.

Ce tissu glandulaire, vu sa masse, apparaît sous le champ du microscope formé de points bruns noirâtres, ou cellules gorgées de pigment.

Vu avec un très fort grossissement, ce tissu glandulaire apparaît très nettement formé de cellules cylindriques, de couleur fauve, brunâtre, cloisonnées pour ainsi dire de distance en distance ; et dans ces cas, ces cellules apparaissent gorgées de pigment.

Ces recherches terminées, il importait de connaître comparativement l'état des capsules surrénales dans la race blanche.

Or, Cruveilhier et Marc Sée (*Anatomie, 4e édition*) n'indiquent pas exactement leur volume, et notent leur poids moyen à sept grammes. L'examen histologique leur fait constater que la substance propre de l'écorce est composée de cellules polygonales, et renferme dans sa couche la plus interne de nombreuses granulations pigmentaires brunes.

Sappey (*Anatomie*) établit le poids moyen à sept ou huit grammes, la longueur à cinq centimètres cinq millimètres.

Morel et Mathias Duval (*Anatomie*) établissent le poids moyen à six ou sept grammes, la longueur à cinq ou six centimètres, l'épaisseur à un centimètre et demi.

Si nous rapprochons ces chiffres de ceux que nous avons constatés chez la négresse angolaise; si, de plus, nous ne perdons pas de vue que cette femme était d'une très grande taille, d'une très notable dimension de la poitrine et du ventre, nous arrivons à cette conclusion certaine, que, chez cette négresse, les capsules surrénales sont beaucoup moins développées qu'elles ne le sont chez les sujets de race blanche, et d'un poids bien moindre.

Je ne sais pas si des constatations semblables ont déjà été faites par les médecins qui ont habité des pays à race nègre. Le premier travail sur l'anatomie pathologique des capsules surrénales publié en France est, je crois, celui de Rayer (*Journal l'Expérience*, 10 novembre 1837) ainsi que je l'ai indiqué dans mon travail de 1863. J'ai lu avec soin les expériences de Brown-Séquard (*Académie des Sciences*, 25 août 1856), celles de Gratiolet (*Académie des Sciences*, 1er septembre 1856), celles de Vulpian et Cloëz (*Académie des Sciences*, 29 septembre 1856 et 7 septembre 1857), celles de Philippeaux (*Académie des Sciences*, 10 novembre et 22 décembre 1856). J'avais moi-même, en 1845, pendant mon internat dans les hôpitaux de Paris, fait, en collaboration avec Vidal (de Cassis), d'assez nombreuses expériences. Les travaux de Féréol, de Charcot, de Martineau et de quelques médecins étrangers, la leçon clinique de Trousseau (*Clinique* tome II) avaient été consultés attentivement; j'étais arrivé à la conclusion exposée au début de cette note sur la fonction principale et essentielle des capsules surrénales, qui est de détruire, d'une certaine manière, la matière pigmentaire, et j'ajoutais que ce fait n'expliquait pas seulement la pathogénie de la maladie d'Addison, mais qu'il pouvait jeter quelque jour sur l'origine de la race nègre.

La présente note ne permet certainement pas de formuler une conclusion, mais elle ouvre la voie à de nouvelles recherches. Si des autopsies rigoureusement faites indiquaient, comme l'observation présente, que dans la race nègre les capsules surrénales sont bien moins volumineuses et d'un poids sensiblement moindre que dans la race blanche ; si même des exemples se rencontraient, en nombre suffisant, d'absence complète ou à peu près complète des capsules surrénales dans les mêmes conditions, un jour nouveau serait jeté sur la question si controversée de l'origine de la race nègre.

REVUE GÉNÉRALE

Dyspepsies chimiques

Analyse du suc gastrique, sa technique, ses applications cliniques et thérapeutiques. — De l'étude chimique du contenu stomacal et de ses rapports avec le diagnostic des maladies de l'estomac. — Contribution à l'étude de la sécrétion chlorhydrique pendant la digestion stomacale.

Dès l'année 1874, Laborde et Dusart faisaient connaître devant la Société de biologie les changements de coloration subis par le sulfate d'aniline en présence du bioxyde de plomb, sous l'influence de l'acide chlorhydrique du suc gastrique. Trois ans plus tard, ils indiquaient les réactions de ce même acide, HCL, avec le violet de Paris ou violet de méthyl, tandis qu'en Allemagne Maly (1877) citait comme auteurs des premières recherches, Witz (1876) et Hilger (1877), omettant ainsi la découverte de Laborde et Dusart. L'importance de cette dernière avait été entièrement méconnue en France. En Allemagne, au contraire, elle fut l'origine

Digitized by Google

de nombreux travaux. Contrôlés de toutes part, les résultats obtenus ne tardèrent pas à faire subir à la pathologie stomacale une évolution nouvelle.

Les deux remarquables thèses de MM. Lyon et Georges sont l'exposé fidèle du progrès accompli. Il semble, à leur lecture, que le traitement de ces maladies soit définitivement sorti du domaine de l'empirisme et que l'analyse chimique du contenu stomacal permette à l'avenir, à tout praticien de formuler une médication rationnelle et efficace. « Il importe, dit le Dr Lyon, que le médecin cesse d'administrer à tort et à travers les amers et la pepsine, les acides et les alcalins, qu'il cesse de les donner indifféremment, avant, pendant ou après les repas, et de quitter l'un pour revenir à l'autre, au gré de sa fantaisie ». Hyper et hypochlorhydrie, anachlorhydrie, résument aujourd'hui la majeure partie des troubles dyspeptiques. Il faut y ajouter les dyspepsies par fermentation, et l'on aura les trois grandes classes de dyspepsies chimiques admises par le Dr Lyon.

1° *Dyspepsies par insuffisance ou suppression de la sécrétion chlorhydrique* (dyspepsie dans le cours des gastrites des maladies générales avec lésions de la muqueuse gastrique ; dyspepsie des cancéreux, des tuberculeux, des diabétiques, des goutteux, des urémiques, des cardiaques, des neurasthéniques, des chlorotiques ; dyspepsie dans la gastrite commune, dans la gastrite atrophique, la maladie d'Addison, l'anémie pernicieuse progressive; dyspepsie des fébricitants, dyspepsie médicamenteuse (Eaux de Carlsbad), dyspepsie de l'hyperalimentation).

2° *Dyspepsies par exagération de cette sécrétion.* Elles comprennent la majeure partie des dyspepsies primitives, tandis que l'anachlorhydrie est le plus fréquent des troubles chimiques secondaires : dyspepsie par abus des aliments épicés, des condiments, des boissons alcooliques, toutes causes d'excitation de la muqueuse stomacale ; dyspepsie par influence du système nerveux : dyspepsie d'origine alimentaire chez des sujets nerveux, hyperacidité aiguë passagère des tabétiques (Sahli), crises d'hypersécrétion passagère (Rossbach, Lépine) ; enfin, dyspepsies des malades atteints d'hyperchlorhydrie aiguë ou chronique, d'ulcère rond de l'estomac.

3° *Dyspepsies par fermentation* ou par production exagérée d'acides organiques, l'acide chlorhydrique étant le plus souvent diminué ou même en quantité normale : elles comprennent la dyspepsie des gros mangeurs, des sujets atteints de dilatation stomacale et la dyspepsie des jeunes enfants qui sont souvent aussi des dilatés (Comby) : ces dyspepsies sont favorisées par l'abus des féculents et des sucres, par une mastication insuffisante.

Si l'on admet cette classification basée sur les recherches de ces dernières années, on ne pourra établir de médication rationnelle qu'en cherchant à connaître la composition exacte du contenu stomacal. L'analyse du suc gastrique devra donc être pratiquée chez tous les malades atteints de troubles gastriques graves et d'un diagnostic douteux : seule l'existence d'hématémèse pourra l'empêcher. On fera donc d'abord ingérer au malade, à jeun depuis 8 à 10 heures, un *repas d'essai.* La composition de ce repas est variable suivant les expérimentateurs et a été l'objet de nombreuses controverses ; inutile d'insister sur son importance. Aussi est il regrettable que le point de départ de ces manipulations chimiques soit encore sujet à discussions. Pour ne citer que nos deux auteurs, tandis que M. Lyon préconise le repas mixte (pain et viande), M. Georges préfère le repas d'essai d'Ewald (une demi-bouteille de café noir sans sucre et deux petits pains blancs). Ce dernier se base sur ce fait que l'analyse ne peut déceler d'acide libre qu'autant que la quantité d'albuminoïdes ingérées n'est pas suffisante pour saturer tout l'HCl formé. Aussi supprime-t-il toute espèce d'albuminoïde dans son repas. Or, il résulte de recherches récentes faites par Jaksch, de Prague (1), que la sécrétion chlorhydrique est plus prompte et plus abondante après l'ingestion de viande ou de lait, qu'après l'ingestion des hydro-carbonés. La viande et le lait seraient donc les plus propices à être utilisés pour l'analyse du suc gastrique. Nous renvoyons le lecteur aux thèses de MM. Lyon et Georges pour tout ce qui concerne la technique de cette analyse du contenu stomacal. Les résultats qu'elle donnera fourniront nécessairement les indications du traitement. Tout récemment, M. Huchard (2) exposait dans ce journal le traitement de l'hyperchlorhydrie. Nous n'y reviendrons pas. Quant aux anachlorhydriques, il suffit de prendre le contre-pied de ce qui a été dit au sujet du régime des hyperchlorhydriques. Les dyspepsies par fermentation, enfin, sont justiciables de l'emploi de l'acide chlorhydrique ; car on sait que cet acide s'oppose énergiquement à l'action des ferments. On devra, en outre, dans ce cas, faire l'antisepsie de l'estomac et surtout le lavage. Ajoutons que, suivant le Dr Georges (3) et la plupart des auteurs, l'emploi de la pepsine est le plus souvent inutile, son absence dans l'estomac étant exceptionnelle. L'emploi des amers est fort contestable, d'après le Dr Lyon (4). Enfin l'acide chlorhydrique lui-même est souvent inutile, parfois même dangereux.

En résumé, si les indications de la chlorhydrothérapie inventée par Trousseau, sont aujourd'hui plus précises, nous le devons à l'analyse du suc gastrique. Nous lui devons encore d'avoir jeté quelque clarté sur certains états morbides mal connus ou même ignorés, de la muqueuse stomacale.

Dr A. Weber,
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

DERMATOLOGIE

Traitement de l'épithélioma cutané par la résorcine, par M. M. Luciani. — Les deux cas que l'auteur rapporte sont des épithélioma du visage, l'un siégeant sur le front, l'autre sur la lèvre, les tumeurs étaient ulcérées. (*La Riforma medica*, 3 juillet 1890.)

(1) *Zeitschrift. f. Klin. Med.* Band 16, Heft 5. 1890.
(2) *Revue Gén. de Clin. et de Thérap.*, n° 1 1890.
(3) *Th. de Nancy*, 1890.
(4) *Th. de Paris*, 1890.

Digitized by Google

Le traitement consista en lotions avec la solution boriquée à 4 pour 100, suivies de l'application d'une pommade ainsi formulée :

Résorcine ..... 30 grammes.
Vaseline ..... 100 grammes.

Les douleurs disparurent ; l'ulcération changea d'aspect et finalement on obtint une belle cicatrice, dans l'espace d'un mois environ. S. R.

Traitement de la kéloïde, par M. Browning. — Ce traitement consiste à badigeonner la surface de la tumeur avec le topique suivant :

Perchlorure de mercure ..... 1 partie.
Collodion ..... 30 parties.

Cette couche médicamenteuse ne se détache, en général, qu'après six ou sept jours. (*N.-Y. med Record*, 10 mai 1890.)

On applique de nouveau le topique et on répète ces applications aux mêmes intervalles jusqu'à la guérison. Trois à six pansements suffisent pour obtenir cette dernière ; sans provoquer d'irritation cutanée. Dans les cas rebelles on peut employer le collodion mercuriel à 20 pour 100, mais alors, il se produit de la douleur et de l'irritation. S. R.

MALADIES DES ENFANTS

Du traitement de l'incontinence urinaire chez les enfants, par M. Swaney. — L'auteur distingue entre les cas et modifie, suivant leur variété, les médicaments employés (*New-York med Record*, 3 mai 1890.)

L'urine est-elle acide ? Il prescrit pour la neutraliser l'acétate de potasse à faibles doses.

Existe-t il une excitabilité excessive des parois musculaires de la vessie. Il donne la teinture de belladone à la dose de cinq gouttes répétée trois fois par jour, et augmente chaque dose d'une goutte jusqu'à production de sécheresse du pharynx.

Dans les cas où il y a faibles e du sphincter, il prescrit l'ergot de seigle par la voie stomacale ou l'ergotine en injections sous-cutanées, à la dose de cinq à six gouttes, dans le tissu musculaire de la fosse ischio-rectale Il ordonne les toniques et en particulier l'iodure de fer associé à la strychnine. S. R.

La zahnpocken, éruption pustuleuse de dentition, par M. Pfeiffer. - Cette dermatose est caractérisée par du prurit vespéral ou nocturne, des taches rouges, arrondies, lenticulaires et surmontées de pustules acnéiformes ou varioliformes ; d'où le nom populaire de *Zahnpocken*, ou variole de dentition. Ce sont des pseudo pustules, car elles ne renferment point de liquide Elles siègent surtout aux mains et aux pieds, persistent pendant trois ou quatre jours, puis disparaissent pour récidiver parfois. Il n'existe pas d'autres croûtes que celles provenant du grattage. (*Jahrbuch, f. Kinderheil*, 1890, t. I et II.)

On a invoqué, comme cause pathogène, des troubles gastriques et le froid Il existe plutôt une relation de cause a effet entre cette éruption et la dentition. Au reste, l'affection est bénigne, n'a d'autre inconvénient que le prurit et cede aux onctions avec un corps gras. S. R.

MÉDECINE

Des localisations cardiaques de l'impaludisme par M. G. Rauzier. — L'auteur a eu l'occasion d'observer dix-sept cas d'impaludisme de forme relativement bénigne. Jusque-là, rien de surprenant. Par contre, il a ausculté avec soin les malades et a constaté du souffle à la pointe du cœur et parfois des œdèmes passagers. (*Revue de Médecine*, juin 1890)

Il attribue ces symptômes à une insuffisance mitrale fonctionnelle. Ne faut-il pas y voir la manifestation d'une myocardite toxique, due à l'action du poison palustre sur le muscle cardiaque ? S. R.

Contribution à l'étude de l'enterorrhagie de la fièvre typhoïde, par M. le Dr P. Altobelli. — L'auteur rapporte une série d'observations dans lesquelles il a noté la perte d'une grande quantité de sang, plus de deux livres, quantité presque incompatible avec la vie. L'auteur pense que malgré cette quantité on ne doit pas mettre l'entérorrhagie sur le compte de l'ouverture d'un gros vaisseau, mais sur celui de l'altération du sang dans les maladies infectieuses, qui créent une diathèse hémorragique et des embolies microbiennes. (*Revista Clinica et térap.*, mai 1890.)

Cette tendance hémorragique avec l'élévation thermique, indique une infection grave ; toutefois la perte sanguine abondante fait tomber la température.

Malgré tout, une terminaison favorable semble possible.

H. G.

THÉRAPEUTIQUE

De l'action de la caféine sur la circulation, par M le Dr Reichert. — Ces expériences ont été entreprises dans le but de contrôler les travaux antérieurs (*The Therapeutic Gaz*, 15 mai 1890, p. 291).

En voici les conclusions. 1° Pendant la première et la deuxième période du caféisme expérimental, les battements du pouls diminuent en général. Au début de l'expérience, cette diminution est due à la stimulation du centre nerveux cardio inhibitoire, et à la fin elle a pour origine l'action directe de la caféine sur le cœur. L'accélération des pulsations artérielles, quand elle existe a pour origine la paralysie des mêmes centres nerveux d'inhibition.

2° Au début, la pression artérielle change peu ou bien diminue. Quelquefois elle augmente ; mais quand l'intoxication caféinique est plus complète, elle est toujours abaissée. Son augmentation a pour cause une action stimulante directe sur les parois vasculaires et l'augmentation de la tension vasculaire. Sa diminution résulte de la faiblesse cardiaque et peut-être, accessoirement, de l'action paralysante sur les vaisseaux.

3° L'accélération des battements du cœur peut ne pas être accompagnée d'une modification de la pression sanguine. Cependant on constate une diminution plus ou moins marquée de cette dernière, en rapport avec la faiblesse cardiaque

En conséquence, M. Reichert est de ceux qui se refusent à considérer la caféine comme un stimulant des fonctions respiratoires Quand cette stimulation existe, elle n'est qu'apparente et résulte de l'excitation des centres nerveux. S. R.

Du traitement de la fièvre typhoïde par les bains tièdes prolongés, par M. Riess — Cette méthode, qui n'est point sans analogie avec celle que M. Bouchard recommande, a été appliquée par l'auteur à 8o9 malades. (*Deut. Arch. f. Klin. Med.* b. 16, p. 178.)

La température des bains est de 31 degrés et leur durée de huit à quinze heures. On les renouvelle chaque fois que la température excede 38°,5. La mortalité a été de 8,5 pour 100, la durée moyenne de la maladie de huit jours, et cette durée était d'autant plus considérable que le malade était soumis plus tardivement au traitement.

Au nombre de 69, les décès ont été causés 12 fois par la pneumonie, 12 fois par des pharyngites graves, 6 fois par des broncho-pneumonie et 4 fois par des entérorrhagies.

Sous l'influence de ces bains, les phénomènes cérébraux, le délire et la somnolence cédaient rapidement et l'état typhoïde disparaissait vers le troisième jour. Même action favorable sur la diarrhée De plus, d'après M. Riess, il y avait amélioration de la bronchite quand elle existait. S. R.

OPHTHALMOLOGIE

Du traitement post-opératoire de la cataracte, par M. Julian. — En trente ans, l'auteur a opéré huit cents cataractes, et durant vingt-six ans a prescrit le repos, le séjour dans une chambre obscure et l'immobilité à ses opérés. (*N. York Med. Record*, 17 mai 1890.)

Digitized by Google

Depuis quatre ans il procède autrement et avec le même succès. Il autorise l'opéré à séjourner à la lumière et à se livrer à quelques occupations. L'œil opéré est recouvert d'un emplâtre transparent à l'acide salicylique qui permet de surveiller la plaie cornéenne. Les résultats thérapeutiques n'en ont pas moins été très favorables et les hernies de l'iris tout aussi rares que dans les cas où l'on observait les précautions recommandées par la méthode ancienne. S. R.

TOXICOLOGIE

Accidents toxiques causés par l'éxalgine, par M. H.-F. Semple. — Les accidents causés par ce médicament, que l'on disait si innocent, se multiplient. Le cas actuel est celui d'une femme nerveuse atteinte de céphalalgie et traitée par une dose quotidienne de vingt centigrammes d'exalgine (*The Brit. Med. Journal*, 12 juillet 1890, p. 25).

Les douleurs se renouvelant, on éleva cette dose à cinquante centigrammes et on la divisa en deux prises. Le lendemain, à son réveil, elle accusait des fourmillements dans les membres et des convulsions des muscles du visage. Elle éprouvait de la dyspnée. Finalement, la malade dormit; les autres accidents persistèrent les jours suivants M Semple avait déjà employé ce médicament avec quelques succès contre des névralgies de forme diverse; mais il avait reconnu, pour en obtenir un bénéfice, la nécessité d'élever la dose. On voit que ce n'est point sans inconvénient. S. R.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude de la splénopneumonie chez l'enfant, par Mlle D. Branchendler (*Thèse de Paris*, 1890).

L'auteur résume d'abord les connaissances acquises sur la splénopneumonie de l'adulte, dont la description première revient à M. Grancher. Il passe ensuite à l'enfant, donne des observations et insiste sur la tuberculisation très fréquente. Nous aurions voulu voir mentionner autrement qu'à l'index bibliographique le nom de M. Cadet de Gassicourt qui a le premier indiqué l'existence de l'affection chez l'enfant, en remarquant qu'assez souvent celle-ci siège à droite.

La diphtérie à Bordeaux, par M. G.-D. Gauge (*Thèse de Paris*, 1890).

Après avoir constaté l'augmentation de la diphtérie à Bordeaux, l'auteur résume les connaissances actuelles sur la maladie, puis nous donne le mode de traitement adopté à Bordeaux par M. Rondet Il consiste, outre les toniques et stimulants généraux, dans l'administration de 3 à 6 milligrammes de sublimé par jour, et localement dans le nettoyage de la gorge, et le badigeonnage avec une solution contenant 1/500 de sublimé et 5/1.000 d'acide tartrique, qu'on promène jusqu'aux parties postérieures de la base de la langue, sur la gouttière glosso-épiglottique.

La trachéotomie est faite suivant la méthode indiquée par Renaut, en 2 ou 3 temps environ.

La majorité des cas appartient à la diphtérie moyenne, les complications pulmonaires sont assez fréquentes, on ne craint pas de leur opposer l'application d'un vésicatoire et M. R. Saint-Philippe n'a vu la diphtérie du point dénudé que dans un cinquième des cas. Il panse alors au sous-nitrate de bismuthe et recouvre de gutta-percha.

L'auteur termine en appelant l'attention sur les mesures prophylactiques et voudrait l'obligation de la déclaration par le médecin. H G

De la thoracentèse dans les épanchements pleurétiques séro-fibrineux, par M. le Dr Petitguenot (*Thèse de Paris*, 1890).

Jason, de Phérée, gravement malade de la poitrine, fut accidentellement guéri en recevant dans le côté un coup de lance, grâce auquel le contenu de la plèvre put être évacué. Telle fut, d'après la légende, la première thoracentèse. La méthode s'est depuis beaucoup perfectionnée, et les appareils de MM. Dieulafoy et Potain semblent marquer la dernière étape du progrès. L'auteur préconise les modifications que M. le Dr Laboulbène a fait subir à l'appareil Potain, en mettant sur les deux branches du bouchon, des robinets de formes différentes, ce qui permet d'éviter les fausses manœuvres et le refoulement de l'air dans la poitrine du patient; de plus, M. Laboulbène a modifié l'extrémité de la gaine du trocart, en y ajoutant deux yeux latéraux, qui facilitent l'écoulement du liquide pleural. M. Petitguenot insiste avec raison sur les soins antiseptiques à prendre avant l'opération : lavage soigneux de la région sur laquelle doit porter la ponction, stérilisation des instruments, etc. On évitera ainsi d'infecter la cavité pleurale et de déterminer la purulence d'un épanchement primitivement séreux. Em. T.

Essai sur les indications séméiologiques qu'on peut tirer de la forme des écrits des épileptiques, par M. le Dr A. Mathieu. (*Thèse de Lyon*, 1890).

La valeur de ce travail est due surtout aux écrits des malades dont la thèse contient des échantillons; de tels écrits permettent de vérifier les conclusions de l'auteur qui constatent que ces troubles se présentent soit avant, soit après les attaques, et qu'à eux seuls ils peuvent servir de signes révélateurs de l'épilepsie, dans les cas où le médecin n'a aucun renseignement sur les attaques; toutefois, il y a lieu de faire cette réserve, c'est qu'elle n'est pas particulière aux épileptiques, mais peut se retrouver chez d'autres cérébraux, à en juger par la copie, que l'auteur met sous nos yeux. En somme, c'est un document scientifique qui pourra toujours être utilisé.

Dr Charpentier.

REVUE DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL (1)

I. La suppression du baccalauréat ès sciences restreint et l'enseignement des sciences accessoires. — II. Les rapports de la philosophie avec la médecine. — III. Les langues mortes et le baccalauréat des médecins. — IV. Création ou suppression de Facultés ? — V. Le stage à Paris et l'internat dans les hôpitaux de province ?

I. **La suppression du baccalauréat ès sciences restreint et l'enseignement des sciences accessoires.** — Il est certain que le baccalauréat ès sciences restreint ne possède plus de défenseurs, surtout depuis que l'on parle de le supprimer. C'est fort heureux. Cependant il y a des gens qui semblent le regretter quand, passant des projets à leur réalisation, il s'agit de réformer l'enseignement des sciences accessoires.

M. Lecercle, agrégé à la Faculté de Montpellier, s'élève contre la suppression de cet enseignement dans

(1) Sous cette rubrique, nous donnerons place aux opinions contradictoires qui se manifestent de tous côtés à propos des réformes universitaires.

L'accord, il faut l'avouer, ne semble pas se faire entre les avocats de ces opinions. C'est donc l'heure de mettre sous les yeux du lecteur fidèlement et impartialement, suivant les habitudes de ce journal absolument indépendant, les pièces du procès que se poursuit entre les novateurs et les réactionnaires de l'Université.

C'est, en effet, le moment de reconnaître à leurs paroles et à leurs actes, les amis vraiment désintéressés du progrès et les adversaires de la liberté scientifique. N. D. R.

Digitized by Google

les Facultés de Médecine et contre son transfert dans les Facultés des Sciences.

Dans le dernier numéro de la *Gazette des Sciences médicales de Montpellier*, il propose donc de maintenir d'abord le baccalauréat ès lettres avec son programme actuel et à l'usage des étudiants en médecine. C'est en effet une suppression que personne ne sollicite.

A l'égard du baccalauréat restreint, on procéderait tout autrement :

Dans les lycées, où cela serait reconnu nécessaire, on organiserait une préparation à un baccalauréat ès sciences physiques, avec exercices pratiques, herborisations, etc., analogues aux travaux pratiques de la première année de médecine. Ces études correspondraient à un examen qui serait subi devant les Facultés des Sciences et devant des juges compétents, c'est-à-dire qu'un professeur de mathématiques n'interrogerait pas sur la physique, l'histoire naturelle, et réciproquement. Cet examen comporterait des épreuves pratiques. Munis du diplôme de bachelier ès-sciences physiques, les jeunes étudiants entreraient à la Faculté de Médecine.

Les cours actuels de première année seraient supprimés. Les trois chaires de physique, de chimie et d'histoire naturelle médicales, tout en conservant leur indépendance, seraient rattachées aux grands enseignements médicaux. C'est ainsi que la physique et la chimie médicales seraient considérées comme complétant la physiologie, la pathologie interne et externe. L'histoire naturelle médicale serait liée à la thérapeutique et à la matière médicale. Une réforme dans ce sens donnerait, à notre avis, de bons résultats.

C'est peut-être une solution. Seulement, le temps manquera toujours aux étudiants pour suivre cet enseignement complémentaire des sciences accessoires. Où le trouver? M. Lecercle ne le dit pas.

Il est vrai que notre honorable confrère enseigne la physique médicale: c'est une science accessoire. Il plaide *pro aris et focis*; dans ces conditions, on trouve toujours des arguments fort éloquents pour justifier une cause d'un intérêt aussi particulier. Sauvez la physique, Messieurs du Conseil supérieur des Facultés; sauvez donc la physique médicale. Quant à la réforme universitaire, qui consisterait à se préparer de bons praticiens, c'est une réforme..... accessoire !

II. **Les rapports de la philosophie avec la médecine.** — Notre très honoré et cher confrère M. Louboullet redoute la suppression des notions de philosophie dans le programme du futur baccalauréat ès lettres à l'usage des étudiants en médecine.

Nous sommes de ceux, écrit-il dans la *Gazette hebdomadaire* du 19 juillet courant, qui ne sauraient admettre que cet enseignement fausse le jugement des jeunes gens et qu'il ne consiste que dans une série de prétentieuses et indigestes leçons.

Nous pensons, au contraire, que bien comprise, enseignée par des maîtres distingués, la philosophie ouvre l'intelligence, apprend aux jeunes gens à réfléchir et à connaître les lois et les méthodes qui doivent les diriger dans l'étude des sciences. L'enseignement de la psychologie est plus nécessaire aujourd'hui que jamais à tous les médecins. Un cours de psychologie expérimentale et quelques leçons consacrées à faire connaître l'histoire de la philosophie scientifique et des méthodes qui dirigent l'esprit humain, seraient des plus utiles à ajouter aux exercices pratiques qui seront imposés à tous les candidats en médecine exceptionnellement autorisés à se spécialiser après avoir satisfait à l'examen de rhétorique.

J'ignore si l'avis, si nettement et si judicieusement formulé par notre confrère, sera écouté par ceux qui, avec l'éminent professeur Gautier, demandent la suppression de cette partie du programme. En tout cas, il est probable que la section permanente du Conseil supérieur ne se décidera point à accepter une telle mutilation.

Cette philosophie n'est point la métaphysique. La métaphysique est morte. Elle est bien morte, il ne s'agit point de la faire revivre et, nous l'espérons, le programme de ces leçons de la philosophie, complément de l'enseignement dans les Facultés des Sciences, s'inspirera uniquement de l'esprit, de l'exactitude et du rationalisme des méthodes vraiment scientifiques.

III. **Les langues mortes et le baccalauréat des médecins.** — Sur ce point, on ne saurait partager entièrement l'opinion radicale que professe le *Progrès Médical*, par la plume de M. E. T., dans son numéro du 19 juillet 1890.

A son avis, une réforme sérieuse de l'enseignement secondaire doit être en harmonie avec les faits. — Quels sont les faits? Pour notre confrère de la presse médicale dont, pour notre part, nous aimons à apprécier la passion sincère du progrès, ces faits, les voici:

Les partisans des anciennes humanités ont raison quand ils disent que deux enseignements classiques ne peuvent vivre côte à côte, que l'un des deux tuera l'autre; les défenseurs des modernes ont raison de vouloir un enseignement en rapport avec les besoins de notre époque et de soutenir que, pour l'éducation, les auteurs modernes valent les anciens; M. Berthelot lui même a raison de vouloir faire aux sciences une large part dans l'instruction générale. Tout le monde demande un enseignement intellectuel et moral aussi élevé que possible, et tout le monde a raison; mais les faits aussi ont raison. M. Maze l'a dit: « Il ne s'agit pas de défendre ou d'attaquer les humanités; il s'agit tout simplement de se rendre à l'évidence, à la réalité des faits. »

Or, la réalité, c'est que le grec est mort: les professeurs eux-mêmes ne le savent pas; l'évidence, c'est que le latin se meurt: les professeurs ne le savent guère. Bon ou mauvais, le fait est là. Prenez-en donc courageusement votre parti. A des études dont personne ne veut plus, qu'on ne fait que par force, sans goût, avec la hâte de terminer pour les oublier au plus vite, renoncez hardiment, tandis qu'il est temps encore de les remplacer par une culture équivalente. Et peut-être, quand vous n'imposerez plus à toute la jeunesse française dix ans de travaux forcés sur le grec et le latin, peut-être verrez-vous reparaître les hellénistes et les latinistes dont la race va s'éteignant.

Eh bien! cher confrère, non. Si le système et le programme du baccalauréat sont condamnables, il n'en faut pas moins assurer aux carrières libérales le recrutement d'élèves suffisamment instruits. Le grec peut être mort, le latin être mourant; j'en conviens; mais, est-ce à dire que nos écoliers doivent rester étrangers aux anciens pour tout sacrifier aux modernes. Un excès en amène un autre! En bonne logique, ne demanderait-on pas un jour de supprimer l'enseignement de l'histoire ancienne et de faire commencer la vie intellectuelle de l'humanité avec notre siècle, et, en vérité « pour obtenir un enseignement intellectuel et moral aussi élevé que possible », il semble qu'il y a mieux à faire. C'est de rendre au baccalauréat le caractère de *certificat d'études* qu'il n'aurait jamais dû perdre et de lui enlever sa valeur compromise de *grade universitaire*.

Digitized by Google

IV. **Création et suppression de Facultés.** — Faut-il créer des facultés nouvelles ? Marseille dit oui ; on le comprend ; M. Richet dit non : on ne s'explique pas pourquoi. Bien plus, dans la *Revue scientifique* du 19 juillet courant, il demande la suppression d'une Faculté déjà existante : celle de Lille. De quel délit cette jeune Faculté serait-elle coupable? Cela, M. Charles Richet ne nous l'apprend point. Tant de courroux contre une institution à peine adolescente méritait cependant justification.

Il s'exprime donc ainsi :

Puisqu'on parle de la reconstitution des Universités et de la fondation d'une faculté de médecine à Marseille, il nous sera permis d'essayer d'établir un lien entre l'un et l'autre projet.

Certes, à première vue, rien ne semble plus légitime que la création d'une Faculté de médecine nouvelle.... Le succès de cette création serait grandement assuré...

Cependant il ne faut pas se payer d'illusions Parmi les Facultés de médecine existantes, il y en a au moins une qui périclite étrangement, c'est-à-dire dont le nombre d'élèves est tout à fait restreint; c'est la Faculté de médecine de Lille. Quant à la Faculté de médecine de Montpellier, si elle n'avait pas pour elle son glorieux passé, elle ne compterait guère plus d'élèves que la Faculté de Lille...

Si donc on considère, non les vœux des députés et conseillers municipaux, mais les nécessités de renseignement, il s'ensuit que l'enseignement de la médecine, quant au nombre des facultés, est plutôt en excès qu'en défaut, et que si une faculté sans élèves est inutile ou peu utile, il y a déjà au moins une Faculté de médecine dans ce cas.

Ce n'est donc pas le moment de faire une faculté nouvelle. Si on tient absolument à faire quelque chose, ce qui serait le plus logique, ce serait, au lieu de créer une Faculté à Marseille, de supprimer la Faculté de Lille, qui n'a pas de motifs sérieux d'existence.

M. Ch. Richet est professeur à la Faculté de médecine de Paris. Il passe outre très volontiers aux droits acquis. C'est à noter. Supprimons Lille, dit-il, et créons Marseille. Pourquoi faire vivre ici et tuer là. C'est pratiquer très sommairement la justice par compensation. Aux Lillois de répondre, les colonnes du *Journal des praticiens* leur sont ouvertes.

V. **Le stage à Paris et l'internat des hôpitaux de province.** — Autre question : c'est la *Normandie médicale* du 18 courant qui la formule :

Actuellement les huit mois de stage à Paris coupent la première période de travail des élèves, la période d'enthousiasme : théoriquement, ces huit mois devraient être employés à écouter la parole des maîtres ; pratiquement, ils sont une cause occasionnelle de paresse. Le stage à Paris est donc sans aucune utilité pour les étudiants ; il porte de plus en plus un grand préjudice aux hôpitaux et aux écoles : c'est au moment où nos élèves vont pouvoir nous rendre des services comme internes qu'on les enlève pour les mettre à la suite des rastaquouères (*sic*) qui encombrent les cliniques de Paris.

Tous les directeurs des Ecoles de province, les Administrations municipales des villes où il y a des hôpitaux et des Ecoles de médecine devraient joindre leurs efforts et demander la suppression du stage à Paris pour les *internes reçus au concours*. Voilà une réforme pratique Elle est bien modeste en apparence, en réalité elle aiderait puissamment à la décentralisation, car elle retiendrait les élèves dans des hôpitaux où, tout près de leurs maîtres, ils peuvent devenir d'excellents praticiens; elle attirerait les jeunes professeurs hors Paris, où la lutte pour la vie — et non pas toujours pour la science — accapare tant de bons esprits.

Le signataire de cet article, notre honoré confrère M. Brunon (de Rouen) s'est souvenu, en l'écrivant, du banal proverbe — petites causes, grands effets — et nous promet — petite réforme, grands bienfaits — par l'adoption du projet ainsi formulé.

Oui, sans doute, il y a quelque chose à faire pour améliorer les conditions de nos Ecoles de médecine départementales. Pourquoi, cependant, en plaidant une juste cause, écrire ce mot « rastaquouère ».

Il y a, dans notre profession, je le concède, des aventuriers scientifiques, mais, après tout, Paris n'en est point l'unique rendez-vous, et, Dieu merci, le Quartier Latin, n'en déplaise à M. Brunon, ne passe pas encore, parmi les géographes parisiens, pour une autre Sodome et une nouvelle Gomorrhe. On peut aimer Rouen, cher et honoré confrère, sans haïr Paris. La passion de la décentralisation universitaire ne doit point aller jusqu'à la haine du prochain. CH. ELOY.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

De l'uréthrotomie interne,

Par M. le Dr DESNOS,
Ancien interne des hôpitaux.

Depuis le jour où Maisonneuve, en inventant l'instrument qui porte son nom, a fait entrer l'uréthrotomie interne dans le domaine de la pratique courante, cette opération a passé par diverses phases de vogue et de discrédit. Dans ces derniers temps en particulier, on a mis en parallèle avec elle ou tenté de lui substituer d'autres opérations qui étaient déjà anciennes et tombées en désuétude et qu'on a exhumées, en en modifiant le nom plutôt que le manuel opératoire. Nous n'entreprendrons pas de discuter les résultats des différents modes de traitement des strictures uréthrales, ni des statistiques produites ; une chose nous a surtout frappé, c'est que, dans l'immense majorité des observations où l'uréthrotomie interne a échoué, on trouve une ou plusieurs grosses fautes commises, soit pendant l'opération, soit pendant les soins consécutifs. Nous croyons donc utile de retracer avec quelques détails le manuel opératoire de cette uréthrotomie, en insistant sur les points où le chirurgien risque de s'égarer le plus facilement.

Un rétrécissement ayant été reconnu et l'uréthrotomie interne décidée, on n'aura que peu de précautions préliminaires à recommander au malade Celui-ci aura été purgé la veille et aura pris un lavement quelques heures avant l'opération. L'administration préalable de sulfate de quinine n'est utile que si des accès de fièvre se sont déjà montrés ; on prescrira plus efficacement 4 à 6 grammes de biborate de soude ou une dose égale de salol.

L'instrument qui nous a donné les meilleurs résultats est l'uréthrotome de Maisonneuve, dont la disposition est connue. On choisira une glissière parfaitement calibrée, une lame de *petites dimensions*, variant du n° 19 au 23 (filière Charrière), sans qu'il soit jamais besoin, avec cet instrument, de dépasser ce chiffre ; on se munira de

Digitized by Google

plusieurs bougies conductrices à extrémité suffisamment résistante, droites ou tortillées de diverses façons; l'autre extrémité doit être assez résistante pour ne pas se courber à son union avec l'armature métallique; on en vérifiera d'ailleurs la solidité à l'aide d'une traction assez forte; il faut, en outre, une tige conductrice longue, terminée par un pas de vis, une seringue d'une capacité de 160 grammes environ, une sonde à bout coupé d'un n° 15, 16 ou 17, et *jamais d'un plus gros calibre*. On essaiera préalablement le fonctionnement de tous ces instruments, lesquels, d'autre part, seront rendus parfaitement aseptiques au moyen des procédés que nous avons déjà indiqués à cette place (1). Pour plus de sûreté, ils seront plongés, au moment même, dans une solution phéniquée forte. Enfin, le chirurgien prendra pour ses mains les mêmes précautions qu'avant toute opération chirurgicale.

Le malade est placé dans le décubitus dorsal, près du bord droit du lit; il est inutile de lui soulever le siège, mais il devra être couché bien à plat. Le gland et la verge sont lavés à plusieurs reprises avec une solution antiseptique, solution de sublimé à 1/1000 de préférence, les bourses, la partie supérieure des cuisses et le bas ventre recouverts de linges antiseptiques. On procède au lavage de l'urèthre, en y introduisant l'extrémité de la seringue chargée d'une solution boriquée dont voici la formule :

Acide borique.....	50 grammes
Borate de soude.....	5 —
Eau.....	950 —

(Filtrer à chaud)

L'embout ne pénétrera pas très loin dans le canal, de façon à permettre le libre reflux du liquide entre ces parois et l'instrument. Si on exerce sur la verge une légère traction, tout l'urèthre antérieur sera ainsi irrigué.

Il est bon alors d'introduire une petite quantité d'une solution de cocaïne à 5 0/0, récemment aseptisée par l'ébullition. Bien que la douleur de l'uréthrotomie soit faible et de courte durée, on peut l'éviter facilement en laissant cette solution de cocaïne en contact avec l'urèthre pendant une dizaine de minutes.

La bougie filiforme conductrice graissée d'huile phéniquée à 5 0/0 est introduite *isolément*; pour s'assurer qu'elle n'est pas repliée dans l'urètre, on visse au talon métallique la tige droite qui repousse la bougie presque tout entière dans la vessie; on la ramène au dehors et dès que l'armature de la bougie apparaît au meat, on dévisse la tige, pour lui substituer la gouttière conductrice, largement huilée. Ce cathéterisme se fait comme avec tout instrument à grande courbure; souvent au passage à travers des rétrécissements peu étroits, multiples et surtout très durs, l'instrument frotte contre les parois, mais la résistance n'est jamais très grande quand on suit la bonne direction. On est souvent averti que l'extrémité a pénétré dans la vessie par l'écoulement d'un peu d'urine le long de la rainure de la glissière.

Le chirurgien abandonne alors celle-ci à elle-même et un aide la saisit par l'anneau dont elle est munie, dans la position qu'elle occupe et qu'il aura grand soin de lui conserver, en *évitant surtout de la faire basculer en l'attirant en bas*. Le chirurgien prend la verge de la main gauche et exerce sur elle une certaine traction comme s'il cherchait à l'étendre sur la glissière. De la main droite, il engage la lame dans la glissière et la fait progresser sans trop de rapidité et d'un mouvement uniforme. Au niveau du ou des rétrécissements on éprouve une résistance variable, qui est d'ordinaire facilement vaincue : puis, en ramenant la lame au dehors on rencontre aux mêmes points les mêmes résistances, moins grandes toutefois que pendant l'introduction. *Jamais, sous aucun prétexte, la lame ne sera réintroduite une seconde fois*. L'incision ainsi faite ne produit pas d'hémorragie notable; la quantité de sang qui s'écoule varie de quelques gouttes au volume d'un dé à coudre.

Le conducteur est alors retiré, on arrête ce mouvement dès que l'armature de la bougie paraît en meat, et on substitue à la glissière la tige conductrice. Celle-ci était maintenue verticale, on fait glisser sur elle la bougie à bout coupé, largement huilée. Puis on introduit, dans l'urèthre, sonde et tige conductrice, jusqu'au cul-de-sac du bulbe; alors, pendant qu'un aide tient verticalement et avec fermeté la tige conductrice, le chirurgien imprime à la sonde de petits mouvements de propulsion qui la font pénétrer dans la vessie; la tige munie de la bougie armée est alors retirée.

Parfois, on rencontre une certaine résistance pendant l'introduction de la sonde, dans les cas de retrécissements très durs et multiples; il faut bien se garder de chercher à passer en déployant de la force, si peu que ce soit, car des déchirures, souvent étendues, se produisent ainsi très facilement; si les tentatives douces restent vaines, il vaut mieux retirer la sonde et laisser le malade uriner par le canal incisé. A part le cas où l'urine contient des organismes spéciaux, cas sur lequel nous reviendrons, le dommage n'est pas grand, et la liberté du canal est tout aussi bien assurée.

Dans la grande majorité des cas, la sonde est introduite facilement. On laisse écouler l'urine et on fait des lavages vésicaux avec une solution boriquée. Avant de fixer la sonde, on s'assure qu'elle ne pénètre *pas trop loin dans la vessie* et que l'œil latéral affleure au col; en agissant autrement, on s'expose à ce que les contractions de la vessie ne forcent la sonde à se couder. On la fixe dans cette position à l'aide de fils de coton attachés aux poils du pubis ou retenus par des bandelettes de diachylon. L'extrémité de la sonde, *maintenue ouverte*, plonge dans un urinal placé entre les jambes du malade.

(1) Pratique de l'antisepsie dans les maladies des voies urinaires. *Revue de Cl.*, 19 et 26 février 1890.

Digitized by Google

Il est bon de faire, matin et soir, un lavage boriqué, qui entraîne quelques petits caillots ou des mucosités vésicales. Presque toujours la sonde fonctionne bien; parfois de petits caillots viennent la boucher, ou, quand il y a cystite, les contractions violentes de la vessie amènent l'écoulement de l'urine entre les parois du canal et la sonde; si ce fait se produit, il faut tâcher d'y remédier au moyen d'injections ou en déplaçant légèrement la sonde; si on n'y parvient pas, on la retirera même dès les premières heures. Dans les autres circonstances, la sonde reste en place 48 heures. Avant de la retirer, on injecte dans la vessie, après de copieux lavages, une certaine quantité de solution boriquée.

Les mictions sont alors normales, un peu douloureuses au début; un suintement urétral séro-purulent, parfois un peu rosé, persiste pendant deux ou trois jours. Dans des cas de plus en plus rares on observe un accès de fièvre dès le retrait de la sonde; si l'accès ne se renouvelle pas, il n'y a pas lieu de s'inquiéter, et l'administration de 1 ou 2 grammes de sulfate de quinine ramène la température à l'état normal. Quelquefois, très rarement, ces accès se renouvellent presque chaque fois que le malade urine; la pathogénie de ces accès est bien élucidée aujourd'hui; ils sont sous les dépendances de micro-organismes qui existent dans l'urine; presque toujours le *bacterium pyogène* est l'agent principal des phénomènes d'intoxication. Il faut, à tout prix, soustraire la paroi uréthrale au contact de cette urine; ainsi on se hâtera de placer une sonde à demeure pendant un temps fort long, en même temps qu'on fera dans la vessie des injections antiseptiques fortes; on se trouvera bien de l'introduction, dans ce réservoir, d'un liquide tenant en suspension quelques grammes d'iodoforme finement pulvérisé, qu'on y abandonne.

En résumé, les deux principales précautions à prendre se résument ainsi: petite lame, petite sonde. Une lame n° 21 ou 23 coupe toutes les parties fibreuses du rétrécissement et n'atteint pas les tissus vasculaires; jamais, pour notre part, nous n'avons eu de saignement important dans ces conditions. Avec une petite sonde on évite d'augmenter par déchirure l'incision déjà faite; de plus, si la sonde vient à se boucher, l'urine trouve un facile écoulement entre ces parois et celles de l'urètre, passe sur la plaie sans y pénétrer et n'est pas poussée par les contractions vésicales dans la circulation sanguine.

TRAVAUX ORIGINAUX

Des manifestations vésicales de la grippe

Par M. le Dr Fiessinger (d'Oyonnax)

Le premier, nous avons signalé les manifestations rénales(1) et vésicales (2) de la grippe.

(1) *Gaz. medic.*, Paris, 1er juin 1889.
(2) La grippe infectieuse à Oyonnax, Paris, 1889, p. 45.

Relativement aux accidents du côté de la vessie, M. Guyon nous faisait remarquer que les cystites graves ne s'étaient rencontrées que chez certains de nos malades: ceux-là qui avaient subi une application d'une mouche de Milan. Il s'agissait de cystites cantharidiennes.

Néanmoins, un fait nous avait frappé. Les mouches de Milan n'étaient jamais restées en place plus de trois heures, laps de temps si minime que dans d'autres affections il n'aurait jamais été suffisant pour provoquer des accidents. Nous disions alors: « La facilité avec laquelle, dans la grippe, se produisent des accidents congestifs vers divers organes, doit nous mettre en garde contre l'emploi des agents thérapeutiques pouvant à eux seuls, provoquer ces congestions. » Pour les voies urinaires, il fallait manier les vésicatoires avec prudence.

D'un autre côté, à quelques-uns de nos malades nous n'avions ordonné aucun vésicatoire, et nous avions constaté des troubles pendant la miction (douleurs, envies fréquentes d'uriner).

L'observation suivante prouve d'une manière péremptoire que la vessie peut être atteinte au cours de la grippe, en dehors de toute application de vésicatoire, et devenir le siège d'une véritable cystite infectieuse.

Obs. — *Homme de 28 ans. — Grippe. — Cystite. — Hématurie — Névralgie sus-orbitaire. — Guérison le 6e jour.*

M de B..., 28 ans, ingénieur, n'a pas d'antécédents morbides. Il contracte une bronchite à la fin de décembre 1889 et présente pendant quelques jours, à l'auscultation de la poitrine, de sibilances et quelques râles humides. Il sort le 7 janvier 1890, complètement guéri.

8 janvier. — Le matin, frisson d'une demi-heure. — Maux de tête. — Vertiges. — Photophobie. — Douleurs dans les membres. — Toux. — Tache méningitique (1).

T. s 39.6. Potion avec 80 centigr. de sulfate de quinine.

9 janvier. — T. m 39.5
T. s 39.6

Pm 92. Hyperthrophie légère de la rate (à la percussion). — Nausées. — Insomnie pénible.

10 janvier. — T. m 39.8.
T. s 38.7.

P. m 100. Le pouls est irrégulier. Vers le soir, envies fréquentes d'uriner avec douleurs vives pendant et après la miction. — Les urines contiennent du sang. — En raison du nombre trop considérable de malades (l'épidémie battait son plein), nous n'avons pu faire l'examen microscopique. — Le ténesme vésical dure toute la nuit et se calme vers le matin.

11 janvier. — T. m 38.7
T. s 38

P. m 104. Vomissements bilieux. Les urines continuent d'être sanguinolentes. — Les douleurs sont calmées par des quarts de lavement laudanisés et de la tisane de stigmates de maïs.

12 janvier. — T. m 38
T. s 37.8

P. m 88. La cystite se calme. — Le malade n'urine plus de sang.

13 janvier. — T. m 38.4. T. s 36 8. La nuit est bonne. — Vers le matin, névralgie sus orbitaire gauche très douloureuse. — Les douleurs en urinant ont cessé. 3 paquets de 1 gr. d'antipyrine à prendre dans la journée.

14 janvier. — La douleur névralgique a disparu. — La guérison est complète et se maintient telle.

(1) Nous avons insisté ailleurs sur ce symptôme qui est à peu près constant dans la grippe.

Digitized by Google

Il s'agit donc, dans ce cas, d'une véritable cystite, avec fréquence des mictions, douleurs, hématuries, survenant le troisième jour d'une grippe ordinaire, et se prolongeant pendant trois jours que du fait de cette complication, la grippe ait été aggravée.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

I. **Un traitement antiseptique de la dysenterie.** — Cette médication a donné de bons résultats à un médecin russe, M. Jakovleff (de Kaluga). On peut la formuler ainsi :

1° Administrer le *calomel* par doses fractionnées, à raison de cinq à dix centigrammes d'heure en heure, jusqu'à modification de la coloration des selles ;

2° Dans la même journée, prescrire deux lavements contenant chacun cinquante grammes d'eau sulfocarbonée en solution dans cent grammes d'eau ;

3° Après un jour ou deux, on administre par la bouche, cinq ou six fois par jour, la solution d'une cuillerée à café d'eau sulfocarbonée dans une demi-verrée d'eau ou de lait. Graduellement, on élèvera la dose quotidienne à six cuillerées.

L'eau sulfocarbonée se prépar, comme M. Dujardin-Beaumetz l'a recommandé, d'après la formule suivante :

Sulfure de carbone pur..	25 grammes
Eau distillée....	500 —
Essence de menthe.....	L gouttes

Laisser reposer dans un vase de 700 grammes de capacité et ne faire usage que des couches supérieures du liquide.

II. **Capsules composées au salol contre la blennorrhagie.** Cette préparation est employée par W. White p ur tous les écoulements blennorrhagiques. On doit la prescrire pendant une semaine au moins et la continuer encore pendant quelques jours après la cessation de l'écoulement :

Salol.....	2 grammes
Oléorésine de cubèbe ...	3 —
Baume de copahu.....	6 —
Pepsine.....	0,60 centig.

F. s. a. pour des capsules semblables.
Dose quotidienne : cinq à dix de ces capsules.

III. **Une préparation d'hemoglobine.** — Cette préparation a pour objet de vaincre la répugnance des malades pour l'administration du sang défibriné. M. Steward la formule ainsi :

Sang de veau fibriné . } Extrait de malt..... }	àà 90 grammes
Glycérine..... } Whisky .. .. }	àà 30 —

Dose : pour les adultes, une demi à deux cuillerées à café trois fois par jour ; pour les enfants, trois à dix gouttes à chaque repas.

CH. ELOY.

REVUE DES LIVRES

Clinique des maladies des enfants (Maladies du cœur), par M. le Dr A. STEFFEN (Aug. Hirschwald, Berlin, 1890).

Les deux premiers volumes de la clinique des maladies des enfants du Dr A. Steffen, médecin en chef de l'hôpital d'enfants de Stettin, dont la publication remonte déjà à 1865 et 1870, traitaient des affections des poumons et de la plèvre ; le troisième, qui vient de paraître l'année dernière seulement, s'occupe des affections du cœur. Cette partie de la pédiatrie n'est pas une des moins importantes, même en se limitant, comme l'a fait l'auteur, aux maladies acquises. Son livre comprend cinq grands chapitres ; dans le premier, il expose les différents moyens d'examen du cœur chez l'enfant, dans le second, i étudie la péricardite simple et la tuberculeuse, l'hydropéricarde dans le troisième, la myocardite, les néoplasmes et les parasites ; dans le quatrième l'endocardite simple et l'infectieuse ; enfin, dans le cinquième, il traite à part la dilatation et l'hypertrophie.

L'étude des cardiopathies infantiles mérite d'être séparée de celle des mêmes maladies de l'âge adulte et de la vieillesse. Tandis que les symptômes et les accidents dus à ces dernières occupent une grande place dans le tableau clinique, les phénomènes provoqués par les premières se limitent souvent aux seuls signes d'auscultation. La lésion trouve en effet un corps sain de partout ailleurs.

Dans ses cliniques, M. Steffen commence par nous montrer comment on examine un cœur et nous fait remarquer que plus l'enfant est jeune, plus le cœur est horizontal ; que la pointe bat normalement sur la ligne mamelonnaire dans le 4e ou le 5e espace. Des tableaux annexés au texte peuvent servir de points de repaire et nous être utiles à consulter ; ils contiennent en face de l'âge, l'indication du poids, de la taille, les différentes mesures du thorax, l'emplacement du mamelon par rapport aux côtes et à la ligne médiane, le point où bat la pointe, les diamètres de la matité cardiaque soit absolue, soit relative, les mesures au niveau de la base.

Parmi les chapitres de l'ouvrage, marquons les particularités.

Dans le traitement, le médecin allemand alterne volontiers la digitale et l'ergot de seigle. Ce dernier médicament n'est pas d'un usage aussi courant chez nous dans la thérapeutique des affections du cœur. Il en est de même du camphre.

Dans la myocardite des fièvres, M. Steffen a bien noté l'existence de la tachycardie accompagnée soit du bruit de galop, soit du rythme à deux temps des bruits du cœur (*gleichmæssige Aufeinanderfolge der Tæne*, *pendelartiges Rhythmus*), sur lequel M. Huchard a insisté et qu'il a dénommé embryocardie. S'il recommande le thé et le café et tous les stimulants, il n'emploie pas la caféine, qui nous semble préférable à la digitale qu'il prescrit : nous y avons insisté dans notre thèse.

Il constate que si l'endocardite peut se montrer de très bonne heure (12 jours), elle n'atteint son summun de fréquence qu'à partir de 6 ans. Plus souvent primitive que chez l'adulte, la maladie peut dépendre du rhumatisme ; mais on abuse souvent de cette origine et l'auteur fait des réserves pour la chorée. Dans l'endocardite primitive, il faudrait accuser des microbes, des staphyloccoques en général. Comme ils sont aérobies, ce a explique que l'endocardite se développe dans le cœur droit chez le fœtus et dans le gauche chez l'adulte.

Cette localisation peut se faire soit sur la paroi, soit sur les valvules auriculo-ventriculaires ou artérielles.

Le double souffle intermittent crural ne se trouverait pas chez l'enfant atteint d'endocardite des valvules de l'aorte.

Un diagnostic délicat est celui de l'endocardite limitée aux parois du ventricule gauche, surtout au début alors qu'il n'y a

Digitized by Google

même pas le léger souffle mitral d'insuffisance fonctionnelle. Elle se manifeste, outre la fièvre, la douleur précordiale, par la dilatation plus ou moins aiguë du cœur traduit par l'augmentation parallèle de la matité cardiaque. La dilatation du cœur de toute autre cause se développe progressivement.

La myocardite présente une plus grande prostration des forces, une dyspnée plus accentuée, du dicrotisme du pouls. Dans la péricardite la moindre énergie des battements, la faiblesse du pouls, la plus grande résistance à la palpation et à la percussion, la disparition du choc de la pointe ou l'élévation de celle-ci au-dessus. Malgré tous ces signes, le diagnostic reste bien difficile et la distinction semble plutôt théorique.

Le chapitre qui a trait à l'hypertrophie et à la dilatation cardiaque montre bien l'influence des affections des voies respiratoires sur le cœur. Mais il y aurait peut-être des réserves à faire sur l'étiquette d'hypertrophie appliquée aux troubles cardiaques compliquant la scarlatine, que nous aurions tendance à rapporter à la myocardite, d'autant plus qu'il y a souvent, et c'est le cas pour les faits cités, péricardite; du reste il y a tendance chez les auteurs allemands à appeler hypertrophie (*Herzvergrosserung*) idiopathique, les hypertrophies sans lésion valvulaire, ce qui change un peu de notre nomenclature.

Il y a en somme beaucoup de choses à prendre dans ce livre où les observations viennent à l'appui de chaque avis émis.

Dr H. Gillet.

Manuel de pathologie interne, par M. le Dr Vanlair, professeur à l'Université de Liège. (Paris, Doin, 1890.)

Dans ce volumineux traité, l'auteur embrasse la pathologie interne tout entière depuis les maladies mentales jusqu'aux toxi noses par lesquelles il termine. Bien que cet ouvrage ne comprenne pas moins de 1052 pages, les descriptions y sont très courtes et les divisions extrêmement nombreuses. Nous y trouvons des têtes de chapitre à peu près inusitées en France, telles que la paranoia, l'ageusie, l'hypergeusie, la colique spermatique, la névrose des artères. L'étude des symptômes y prend la place principale ; leur énumération est complète, mais la forme clinique fait complètement défaut et la partie thérapeutique est très peu développée. Ce livre pourra servir de répertoire aux étudiants qui voudront revoir en quelques jours les matières d'un examen. H. M.

Remarques cliniques sur le traitement de Thure-Brandt en gynécologie, par le Dr L. Fellner. (Vienne, 1890. W. Braumüller.)

Ce fascicule est un relevé de 40 cas d'affection des organes génitaux chez la femme, traités par le massage avec un résultat encourageant. Déjà l'année dernière, M. L. Fellner avait donné, dans les *Klinische Zeit - und Streitfragen*, publiés par l'Internationale klinische Rundschau, le manuel opératoire, qui consiste essentiellement en manœuvres diverses par le vagin et par l'abdomen. H. G.

Manuel pratique de diagnostic et de propédeutique, par le Dr J. Toison (Paris, Maloine, 1890).

Ce livre répond à la très réelle nécessité où sont les étudiants et les praticiens de trouver réunies et rapidement exposées toutes les notions indispensables ou utiles au diagnostic.

Il a été conçu sur le plan d'un ouvrage analogue du professeur Hagen (de Leipzig) dont il n'est ni la traduction, ni le commentaire. L'exposition y est toute autre que celle de l'ouvrage allemand. Le lecteur y trouvera décrite dans une langue claire et précise l'étude des moyens propres à arriver à la connaissance de la maladie : palpation, auscultation, examen des urines et des diverses sécrétions, procédés spéciaux pour l'exploration des divers viscères...

Nous croyons donc que l'auteur a composé une œuvre utile et pratique, qui sera lue avec fruit par le public médical.

Dr H. Marciguey.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

Société de thérapeutique de Paris (9 juillet 1890) : I. *Le pouvoir diurétique et l'administration de la digitaline.* — **Société des sciences médicales de Lyon** (juin 1890) : II *Un traitement du choléra par le tourniquet.* — **Société de médecine et de chirurgie pratiques de Montpellier** (14 mai 1890) : III. *De la toxicité urinaire dans les fièvres intermittentes.* — **Société de médecine et de chirurgie de Toulouse** (1er juillet 1890) : IV. *Du violet de méthyle en thérapeutique oculaire.*

I. Le pouvoir diurétique et l'administration de la digitaline. — Il ne semble pas que l'intervention d'un clinicien soit inutile pour mettre d'accord les thérapeutistes qui, depuis longtemps, discutent sur la digitale et la digitaline devant la Société de thérapeutique.

Faut-il préférer la digitale ou bien faut-il prescrire la digitaline? Grave question pour ces thérapeutistes ; si grave même qu'ils ne pouvaient conclure.

Les cliniciens sont moins incertains. Fort heureusement, et l'un d'eux, M. H. Huchard, a montré que, dans l'emploi de la digitaline, le mode d'administration et le moment de cette administration sont de majeure importance.

Avant de prescrire la digitale ou la digitaline à un cardiopathe, M. Huchard conseille de le soumettre pendant quelques jours au régime lacté et de lui donner un purgatif ; c'est la *période préparatoire du traitement digitalique.*

Il ordonne ensuite la digitaline aux doses massives de cinquante gouttes d'une solution au millième de digitaline cristallisée. Il se produit rapidement une diurèse abondante qui persiste durant deux ou trois jours après la cessation du médicament. M. Huchard cite des cas où, chez des cardiaques, il a vu la diurèse s'élever de 200 à 1,500 grammes par jour sous l'influence de ce traitement.

La digitaline est indiquée surtout, dans cette période des cardiopathies, où, selon l'expression de M. Huchard, le malade est en *hyposystolie*, état intermédiaire entre l'hypersystolie et l'asystolie, et caractérisé, entre autres symptômes, par la congestion hypostatique du poumon, l'essoufflement et l'œdème des membres inférieurs, que la digitaline fait disparaître.

Dans ce but, il faut encore préférer la digitaline en forme de solution, la prescrire pendant trois jours, puis cesser durant trois semaines, pour répéter à nouveau la médication. Ici encore, la diète lactée préparatoire permet de diminuer le travail du cœur, en provoquant la diurèse, et prépare le terrain à la digitaline, qui agira alors comme tonique du myocarde.

On ne doit donc pas attendre que le fibre musculaire du cœur soit pour ainsi dire « forcée » avant d'administrer la digitaline. Loin de là ; par une médication ainsi combinée, on prévient la lésion, on soutient l'énergie de la fibre cardiaque et on en prévient la fatigue. C'est ainsi que la digitaline devient un médicament de soutien dans les cardiopathies, et la médication digitalique une médication musculaire.

La rapidité d'action de la digitaline est donc en rapport avec sa forme pharmaceutique. Il y a longtemps que l'on a fait le procès des granules de digitaline ; les solutions n'ont pas les mêmes inconvénients. M. Huchard, comme M. Potain, les préfère.

Cependant, pour agir rapidement, il recommande, qu'il s'agisse de digitale ou de digitaline, de préparer « la voie au médicament » par les purgatifs et la diète lactée. C'est là un point de haute importance, et la raison des succès ou des échecs obtenus par la médication digitalique Il était utile de le rappeler et de prouver une fois de plus à certains membres de la Société de thérapeutique, la nécessité de se souvenir que, s'il s'agit de l'emploi de certains remèdes : tant vaut le thérapeutiste, tant

Digitized by Google

vaut le médicament. On s'improvise pharmacologiste, cela s'est vu ; on ne peut s'improviser clinicien.

II. **Un traitement du choléra par le touraillon.** — Cela se verra aussi sans doute à propos du traitement dont M. G. Roux propose l'essai contre le choléra.

Il a cultivé le bacille de Koch, ce qui, somme toute, se fait souvent ; mais parmi les milieux de culture où il a pratiqué ses ensemencements, il a trouvé que le bouillon préparé avec le touraillon, résidu de l'orge germé et déchet de fabrication de la bière, ne convient point à ce microbe.

Le bacille-virgule ne se développe pas dans une décoction de touraillon à cinq et dix pour cent. Bien plus, il devient stérile. D'où cette conclusion formulée par M. Roux : le bouillon de touraillon joue, vis-à-vis du bacille-virgule, le rôle d'un antiseptique Du fait de laboratoire à l'application thérapeutique la distance est brève. Il n'y a point loin de la coupe aux lèvres; et notre confrère lyonnais propose de faire ingérer le bouillon de touraillon, en boisson, aux cholériques : de l'administrer en lavements et même de le prescrire en bains.

Il est vrai que cette décoction possède un goût désagréable. C'est là son unique inconvénient. Car, à d'autres points de vue, elle possède des propriétés alimentaires. Bref, à cet inconvénient, M. Roux prédit que peut-être les thérapeutistes retireront beaucoup d'honneur, et les cholériques un grand profit, les uns en prescrivant, les autres en ingérant ce remède ! Pauvres cholériques, fortunés thérapeutes !

III. — **De la toxicité urinaire dans les fièvres intermittentes.** — Cette question est d'un haut intérêt depuis les importants travaux de M. Bouchard sur la toxicité urinaire.

M. Brousse a donc fait des recherches sur les lapins dans le but de déterminer : 1° les modifications de la toxicité urinaire sous l'influence des accès de fièvre paludéenne ; 2° les rapports entre cette toxicité dans la période d'accès et dans la période de convalescence.

Il a constaté : 1° Que le coefficient urotoxique calculé à l'aide de la formule de M. Bouchard, le coefficient moyen étant 0,464, s'élève pendant l'accès et que les effets physiologiques observés sont ceux que l'on note habituellement après l'injection des urines : dyspnée, myosis, chute de température, exophtalmie, et de plus convulsions ;

2° Que cette toxicité est diminuée pendant la période de convalescence des fièvres intermittentes, très inférieure à celle des urines pendant l'accès et, en outre, plus faible que celle des urines normales.

Ces résultats intéressants motivent cependant des objections. On peut, en effet, avec M. Mossé, se demander si l'élévation du coefficient urotoxique dépend de l'état fébrile seulement, ou bien, avec M. Boinet, s'il ne faut pas distinguer entre la toxicité éliminatoire des urines, plus grande vers la fin de l'accès, et celle, élevée déjà, quoique moins considérable, des urines expulsées vers le milieu de cet accès ? Ces objections méritent d'être retenues et vérifiées au moyen de recherches nouvelles ; elles n'infirment point l'intérêt pathogénique et thérapeutique des travaux de M. Brousse. C'est une question neuve : elle n'est pas explorée complètement; rien de plus, mais aussi rien de moins.

IV. — **Du violet de méthyle en thérapeutique oculaire.** — Stilling (de Strasbourg) a fait récemment l'éloge de ce produit et l'a déclaré un puissant antiseptique utilisable en thérapeutique oculaire en raison de l'avidité des microbes pour tous les dérivés de l'aniline. Cette assertion est-elle légitime ? Non, d'après M. Terson, qui a voulu par des faits cliniques contrôler les déclarations enthousiaste de l'ophtalmologiste allemand.

La solution de violet de méthyle au 1000me a été impuissante contre les affections suppuratives graves de la conjonctive et même contre le simple catarrhe un peu intense et généralisé de la muqueuse oculaire. Le nouveau remède a donné de meilleurs résultats et même quelques succès dans les cas de phlyctènes graves de la conjonctive et de la cornée surtout chez les enfants. La solution au 1000me paraît insuffisante contre l'ulcère traumatique de la cornée, infecté par le pus provenant des voies lacrymales malades dont la virulence est d'ailleurs pour ainsi dire exaspérée à cette époque de l'année.

Il y a donc lieu de faire des réserves sur les conclusions, trop optimistes de Stilling Il y a donc lieu aussi de chercher par une observation minutieuse les cas où le violet de méthyle peut rendre de réels services.

La sagesse de telles conclusions convient toujours, ce semble, quand il s'agit de ces remèdes nouveaux trop hâtivement proposés par des novateurs trop pressés. H. D.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 juillet 1890.

Présidence de M. le Dr Nicaise

Electricité dans le traitement des fibromes utérins. — M. Richelot s'élève contre la tendance de certains médecins à traiter par l'électricité toutes les affections utérines.

En ce qui concerne les fibro-myomes l'emploi des courants continus procure de bons résultats dans des conditions déterminées.

En présence d'un fibrôme interstitiel, donnant lieu à des métrorrhagies fréquentes, sans complication du côté des annexes et chez une femme au voisinage de la ménopause, le traitement électrique est le meilleur des traitements palliatifs. Dans ces mêmes conditions, chez une femme jeune, l'électricité, qui doit être employée pendant de longs mois, ne produira qu'un résultat insignifiant. Il faut alors avoir recours aux moyens chirurgicaux. Il en est de même, si les fibromes se sont pédiculés à la surface de l'utérus et s'ils sont à l'état de corps flottants dans le péritoine.

Enfin l'électricité devient une méthode dangereuse quand elle est employée sans discernement, sans un diagnostic complet non seulement du siège des fibromes, mais encore des complications concomittantes, telles que ovarites, pyo-salpingites. Elle donne un coup de fouet à ces inflammations, devient une cause de pelvi-péritonite douloureuse, et finalement peut amener des complications abdominales graves. Les malades qui ont subi quelquefois fort longtemps un pareil traitement, se trouvent dans de mauvaises conditions pour la laparotomie et l'extirpation de leurs abcès.

M. Bouilly a vu nombre de femmes chez lesquelles l'électricité, employée sous un diagnostic exact et complet, a produit des résultats déplorables. Beaucoup de fibromes se compliquent de lésions des annexes d'un diagnostic difficile, telles que pyo-salpingites, hémato-salpingites, kystes de l'ovaire, qui déterminent les signes fonctionnels les plus importants : la douleur et les hémorragies. Ces lésions agissent d'une manière défavorable sur la nutrition des fibromes, c'est pour cette raison qu'il importe de les enlever.

M. Terrier pense que l'on a beaucoup abusé de l'électricité dans ces derniers temps ; elle ne peut rien contre les salpingites, les ovarites qui compliquent quelquefois les myomes. L'ablation des trompes et des ovaires a au contraire une très heureuse influence sur la marche des fibromes utérins, et supprime les hémorragies.

M. Hache (de Beyrouth) rapporte une observation de fracture *comminutive de la voûte du crâne* avec plaie, avec menace d'infection purulente, guérie par la trépanation.

M. Bouilly présente un *uterus gravide, transformé en un volumineux fibrome* qu'il a extirpé par l'opération de Porro : la-

Digitized by Google

grossesse, parvenue au troisième mois, déterminait déjà des phénomènes de retention d'urine et d'obstruction intestinale; l'avortement et à plus forte raison l'accouchement étaient impossibles. H. M.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 *juillet* 1890

Présidence de M. le Dr Dumontpallier

Le chimisme stomacal. — M. Hayem, après avoir décrit dans la première partie de son mémoire, les phénomènes chimiques de la digestion stomacale normale, étudie aujourd'hui les troubles de la digestion au point de vue chimique. Ces troubles peuvent être divisés en deux grandes classes que M. Hayem désigne sous le nom d'hyperpepsie et d'hypopepsie.

L'hyperpepsie est un état d'irritation fonctionnelle de l'estomac, caracterisé par la sécrétion d'un suc gastrique trop riche en chlorures et en acide chlorhydrique. M. Hayem en décrit quatre types. 1° Hyperpeptique, digerant mal avec augmentation de l'acidité totale; 2° Hyperpétiques digérant assez bien; ces malades sont les mêmes que ceux du type précédent, dont l'état s'est amélioré; 3° Hyperpepsie avec diminution de l'acidité totale, mais sans fermentations acides secondaires; 4° Hyperpepsie avec diminution de l'acidité totale et fermentations acides.

L'hypopepsie est caractérisée par un affaiblissement des opérations chimiques de l'estomac; ce groupe comprend la plupart des dyspepsies symptomatiques. Il en existe trois types: 1er type. La digestion est faible, mais assez notable la sécrétion stomacale est moins abondante; estomac atone, dilaté, diminution de l'acidité totale. Les deux autres types ne sont que l'exageration du précédent; dans le troisième degré ou type, on note une suppression à peu près totale du travail stomacale, et le développement des fermentations acides secondaires.

Cancer de l'œsophage. — M. Gaucher présente un cancer de l'œsophage dont le principal symptôme consista en une dyspnée avec cornage, par compression des nerfs recurrents. Cette dyspnée nécessita la tracheotomie; le malade survécut deux mois, et les troubles de la déglutition n'apparurent que dans les derniers jours de la maladie. H. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 *juillet* 1890

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

Présentations. — M. le Dr Proust: Rapport sur l'influence de la vaccination et de la revaccination obligatoires. — M. le Dr A. Lévy: Epidémie de grippe à Aumale.

A. Robin. — Rapport sur l'eau minérale de Rubinat.

M. Lagnau termine sa lecture sur la dépopulation de la France.

M. le Dr Hache (de Beyrouth) lit une note sur le *traitement des abcès* du foie par l'incision directe.

Du tænia inerme. — M Laboulbène constate que si on examine de la chair de bœuf qui vient d'être tué et qui est atteint de ladrerie, on constate facilement la présence du cysticerque. Mais si on laisse la viande à l'air et qu'on l'examine le lendemain, on a les plus grandes difficultés à retrouver ces cysticerques. Cependant il existe toujours, à leur niveau, une tache blanchâtre de un demi à un millimètre qui représente la tête.

Pour éviter d'avoir le tænia à la suite de l'ingestion de bœuf atteint de ladrerie, il faut le faire cuire avec soin et, si on se sert de pulpe de viande crue, la passer sur un tamis très fin.

M. G. Rochard rappelle qu'il y a dix ans, le médecin du *Duconëdic* a constaté, à Beyrouth, la présence du tænia chez des matelots qui avaient mangé de la viande de bœuf dans laquelle on découvrit une grande quantité de cysticerques. La cuisson n'est donc pas un moyen infaillible de prophylaxie.

Du chanvre indien. — M. G. See rappelle que, dans le commerce, il y a trois sortes d'extraits de chanvre indien: le haschisch proprement dit, un extrait alcoolique, un extrait gras. Si l'action médicale du haschisch est représentée par 100, celle de l'extrait alcoolique est de 20, celle de l'extrait gras de 5. L'extrait de chanvre indien n'est pas hypnotique; ce fait résulte des expériences de M. G. See. Il ne calme pas la douleur. Il a une certaine analogie d'action avec le bromure de potassium. Il agit sur le pneumogastrique et sur le système nerveux de l'estomac et de l'intestin. A la dose de 5 centigrammes la potion, donnée en trois fois, un quart d'heure avant le repas, il possède un effet remarquable que M. G. See étudiera dans la prochaine séance. F. R.

LE CONGRÈS INTERNATIONAL DE BERLIN

Paris, 20 juillet 1890.

Arrivé au terme de cette discussion, j'ai le désir et le devoir de la résumer:

Dans le numéro du 23 janvier de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, je soulevais pour la première fois la question de la participation des médecins français au Congrès de Berlin. Je répondais affirmativement, en termes formels, et cela malgré l'abstention des Allemands à tous nos Congrès scientifiques de l'an dernier. Quelques mois après, dans une réunion du syndicat de la presse médicale, j'ai soutenu cette même cause avec une énergie et une conviction que mes collègues n'ont certes pas dû oublier.

J'appris ensuite que M. Rudolph Virchow, — un savant allemand dont nous avons toujours en France estimé les travaux, — nommé président de ce Congrès par ses compatriotes, avait immédiatement après la guerre (ce qui était une circonstance aggravante), fait siennes les paroles de Carl Stark sur « l'état mental de la nation française se rapprochant en grand de l'idiotie paralytique ou de la folie raisonnante. »

Relever ces paroles, ce n'était certes pas là du chauvinisme. Le souci de la dignité *humaine* (je n'ai même pas dit la dignité nationale) me faisait un devoir de me récuser devant un Président compromis par des paroles jugées offensantes, comme il eût commandé notre abstention en face de Dubois-Reymond s'excusant, à la fin de la guerre, auprès de ses auditeurs de porter un nom français, ou encore de Billroth clamant avec solennité et sans provocation, que notre science » suit avec peine et d'un pied boiteux le progrès colossal » de la science allemande et anglaise » (1).

D'Allemagne nous vint alors l'assurance d'un « accueil cordial » qui serait fait à nos compatriotes. Nous n'en

(1) Voir, à ce sujet, un article intitulé: La rage à Paris et à Vienne, par H. Huchard (*Revue gén. de clin et de thérapeutique*, 1887, n° 15, page 209).

Digitized by Google

avons jamais douté. Mais l'assurance de ce cordial accueil devait être pour nous d'une secondaire importance; elle n'était pas suffisante pour effacer l'attitude agressive du président du Congrès international.

Aussi, ai je élevé la voix pour rappeler que notre dignité nous faisait dès lors un devoir de nous abstenir.

On a écrit que « chacun entend le patriotisme à sa manière ». Vérité banale. On le comprend à sa man ère en voulant que les paroles de Virchow soient expliquées. Le but a été atteint, et j'ai été soutenu dans ce débat par des patriotes non moins éprouvés que ceux qui n attendaient pas d'explication préalable. On a encore dit : N'oubliez pas que les congressistes allemands sont médecins. Mais eux se rappellent toujours qu'ils sont Allemands, ce dont il faut les louer ; et je ne sais pas pourquoi, nous médecins, nous oublierions une seule minute que nous sommes Français.

M. Virchow a répondu. Il a plusieurs fois affirmé qu'il n'avait jamais voulu nous offenser ; il a expliqué qu en 1871, il avait cherché à démontrer que le chauvinisme a été un état maladif, non seulement en France mais aussi en Allemagne. Nous aurions pu lui répondre qu'il faut peut-être se préoccuper d'un autre état de l'esprit, caractérisé par une idée fixe, celle de voir partout et toujours, dans toutes les actions ou paroles de ses voisins, la marque de ce chauvinisme.

Quelques uns préféreraient sans doute au nouveau langage de Virchow une rétractation pure et simple. A quoi bon insister ?

Quant à moi, sans même me souvenir des insinuations un peu... malveillantes qu'on a cru devoir diriger dernièrement contre mon humble personne, je ne vois, je ne sens, je ne retiens que les mots gracieux de Virchow à l'adresse de la France ; et, puisqu il a voulu jeter une passerelle sur le fossé, puisqu'il nous a exhortés à l'entente et à la concorde par la science, puisqu'il a pris soin d'affirmer qu'il regretterait les paroles de Stark si elles étaient prises dans un sens absolu, je veux aussi, dans un esprit de conciliation, terminer aujourd'hui ce débat, sans regret de l'avoir ouvert.

Il aura peut-être servi, pour nos voisins et pour d autres, à l'apaisement par l'affirmation du respect dû à la science française et à la France.

HENRI HUCHARD
médecin de l'hôpital Bichat.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

La logomachie dans la nomenclature médicale. — Notre honorable confrère de l'*Union médicale du Nord-Est* (juillet 1890) a le parler franc Lisez plutôt :

La liste de ces maladies à noms propres s'est singulièrement accrue : la nomenclature médicale n'en est que plus embrouillée.

Quelques-uns de nos lecteurs ignorent sans doute ce que sont la *maladie de Ritter*, celles de *Conc to*, de *Tomaselli*. On peut être un parfait honnête homme et ignorer la *paralysie de Kennedy*, la *tuberculose de Riehl*, le *signe de Worms* ou l'*oreille de Blainville*.

Je conçois très bien qu'un médecin, qui ne fait pas de la neuropathologie son étude préférée, puisse confondre, en fait d'atrophie musculaire, le *type Duchenne (de Boulogne)* avec le *type Charcot-Marie*, le *type Erb* avec le *type Leyden-Mobius*, et le *type Zimmerlin* avec le *type Landouzy-Déjerine*.

Cette manie d'accrocher des noms propres à des maladies et à leurs variétés n'est acceptable que quand elle est un hommage désintéressé et sincère, un témoignage d admiration pour un clinicien à puissante envergure, un Sydenham ou un Laennec. Ce n'est, hélas ! le plus souvent, que l'effet d'un servilisme mal déguisé pour quelque dispensateur de places et d'honneurs, ou encore une attestation de camaraderie réciproque et d esprit de coterie.

L'on devrait, en médecine autant qu'en politique, se guérir des individus.

A maladie nouvelle, il faut une désignation nouvelle. Mais découvre-t-on tant d'affections inconnues et les inventeurs ne se font-ils pas quelque illusion sur l'importance de leur trouvaille ? Lorsqu ils baptisent leur nouveau-né, ils devraient tout au moins, dans son intérêt lui donner un nom compréhensible et ne prêtant pas à équivoque.

Je cite encore quelques exemples.

P. Marie, le père de l'acromégalie, voulant différencier de cette maladie une affection jusqu'ici confondue avec elle, l'appelle *ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique*. L'auteur a voulu indiquer par là que cette altération se rencontre chez des gens affectés de maladies chroniques de l'appareil respiratoire ! Il avait du reste pensé à se servir du qualificatif *métapneumopathique*, mais il s'est arrêté devant la majestueuse longueur de ce mot qui aurait fait tressaillir d'aise les mânes de Piorry. Merci, mon cher Marie, de nous avoir évité l'*ostéo-arthropathie hypertrophiante métapneumopathique*.

Le professeur Renaut (de Lyon), a décrit dernièrement la *myocardite segmentaire essentielle chronique* : trois adjectifs pour un seul substantif ! Celui-ci ne se plaindra pas. Et savez-vous quels sont les symptômes cardinaux de cette nouvelle maladie ? C'est très simple. Nous avons d'abord le *bouls arythmique vrai multiforme* (encore un pauvre substantif auquel on accole trois épithètes), puis l'*effacement du choc précordial localisé*, la *matité rectangulaire du cœur* et enfin *souffle systolique médio-cardiaque*

Il y a encore, dit-on, sur les bords du lac Ontario, des Iroquois assez peu au courant de nos publications scientifiques pour s'imaginer que la clarté est la principale qualité de la langue française.

A propos de la Faculté de Marseille. — On lit dans la *Province médicale*, du 19 juillet 1890 :

Un journal nous apprend que si le ministère crée une Faculté à Marseille, M Déandréis, député, M Lisbonne, sénateur de Montpellier, donneront leur démission. Quelle hétacombe ! Tous démissionnaires, tous en villégiature à Palavas-les Flots.

A Montpellier on est coutumier de ces manifestations Qui donc a oublié les protestations de Bouisson à l'Assemblée nationale, quand il fut question de créer une Faculté a Lyon ? C'est à ce propos que Testelin représentait Montpellier se plaignant du voisinage de Lyon et lui appliquait le vers de Virgile :

Mantua væ ! nimium proxima Cremonæ !

Crémone aujourd'hui c'est Marseille, et Mantoue se plaint non moins vivement.

NOUVELLES SANITAIRES

FRANCE

Le pseudo-choléra de Saint-Jean de Luz. — On avait fait courir le bruit que des cas de diarrhée suspecte étaient survenus dans l'équipage du stationnaire de la Bidassoa : la canonnière le *Javelot*. D'une lettre que l on nous adresse de Saint-Jean de Luz, il resulte qu'il s'agissait d'embarras gastrique fébriles, aujourd'hui guéris et causés par l état des cales du *Javelot*, que, du reste, on vient d'assainir comme on le fait chaque année.

Digitized by Google

On nous écrit des *Eaux Bonnes* et d'autres stations pyrénéennes, pour nous prier de démentir les bruits répandus, dans un intérêt commercial, contre l'état sanitaire qui est parfait et la salubrité toujours satisfaisante dans ces villes habituellement très fréquentées à cette époque de l'année.

A Hendaye, pendant la semaine dernière, on a visité 2,483 voyageurs. Un seul était atteint de diarrhée et a été isolé.

ÉTRANGER

Espagne. — **L'épidémie cholérique de 1890.** — L'épidémie s'est étendue lentement pendant cette semaine à Almeaserat, Albala de la Riberro, Millares, Puebla Larga, et Benagnoul. Toutefois, il en vient à remarquer que Millares et Benagnoul sont des villages distants de six à sept lieues des localités précédemment contaminées : ce qui indiquerait que le foyer originel de la maladie fait tache d'huile.

A Valence, on signale toujours des cas peu nombreux. Un de nos correspondants, partisans de la doctrine d'une reviscence de l'épidémie de 1885-86, nous écrit pour nous faire remarquer l'état déplorables des égouts, là où ils existent, et de l'alimentation en eaux potables, des villes contammées. En Espagne, Xéres, Seville, Malaga et Madrid possèdent seules, ajoute-t-il, un système moderne d'égouts A Valence et à Grenade les égouts datent du temps des Maures et consistent en conduits ou en chambres souterraines sans écoulement rapide et où l'eau fermente.

Italie. — Un décès cholérique a été signalé à Brescia sur une femme venue de Gênes.

Russie. — Les nouvelles qui parviennent de la Russie d'Asie et de la Russie méridionale signalent un grand nombre de cas de diarrhée que l'on attribue à l'élévation excessive de la température Des correspondances de Tiflis annoncent cependant qu'il s'agit d'une épidémie de choléra sévissant tous le Turkestan.

Turquie d'Asie. — Un télégramme de conseil sanitaire ottoman fait démentir la persistance de l'épidémie à Hessad-Nakie-de-Salvanie, aux environs de Dierbekia. Enfin, il y aurait des cas dans des districts limitrophes de la mer Noire.

Allemagne. — **Une épidémie d'influenza.** — Le retour de cette maladie a été signalé dans le Wurtemberg, en particulier à Oberndorf, où elle fait de nombreuses victimes sur le personnel de la manufacture d'armes.

Sénégal. — **L'influenza à Saint-Louis.** — Cette maladie y sévit depuis quelques jours et frappe une grande partie de la population. Une dépêche, parvenue hier matin et que l'on nous communique, déclare que la morbidité est grande, la mortalité faible et la désorganisation des services publics complète.

INFORMATIONS

PARIS

Conseil général des Facultés de Paris (séance du 21 juillet). — C'est la dernière séance de l'année. On y a donc approuvé les *cours libres* dans les Facultés de médecine pour l'année 1890-91.

Equivalences internationales des grades et diplômes Le conseil a émis les vœux suivants :

1° Maintenir la pratique actuelle et admettre dans la mesure de l'intérêt des bonnes études les diplômes secondaires délivrés à l'étranger.

2° Permettre aux Facultés d'autoriser un certain nombre de leurs étudiants à passer une partie de leur temps de scolarité dans une Faculté étrangère.

3° Autoriser, sur l'avis conforme de la Faculté compétente, l'équivalence des diplômes ou certificats d'étude, mais seulement au point de vue scientifique, et de l'obtention d'un grade supérieur.

4° Examiner les équivalences du payement des droits établis par l'article 5 du décret du 22 août 1854.

Le service d'accouchement de l'hôpital de la Charité. — Des travaux vont commencer incessamment dans cet hôpital, pour agrandir le service de M. le Dr Budin, dont on connaît le dévouement à l'enseignement et dont les brillantes leçons sont unanimement appréciées. Ce service disposera, outre les salles actuelles, agrandies des locaux autrefois affectés à la communauté, d'un pavillon annexe avec cinquante lits.

On estime qu'ainsi amélioré, ce service recevra, chaque année, 900 femmes en couches. Il deviendra ainsi, de plus en plus, le centre le plus important de l'enseignement obstétrical parisien. Il serait désirable que l'administration de l'Assistance publique, entrant résolument, d'accord avec la municipalité, dans cette heureuse voie augmentât aussi, en les utilisant mieux, les immenses ressources dont la Ville de Paris dispose pour l'enseignement pratique de la médecine.

Le règlement de la prostitution. — Après une discussion laborieuse, le Conseil municipal adopte un projet transactionnel maintenant l'inscription des filles prostituées après examen de leur dossier par une commission judiciaire; l'internement des mineures dans une école de réforme; le maintien des maisons de tolérance et la création d'un asile sanitaire spécial pour les prostituées malades, cet asile étant indépendant de la prison de Saint-Lazare.

On avait voté, quant, au dernier moment, le Conseil se déjugeant, a émis un vote négatif sur l'ensemble du projet. Toutefois, il a été décidé que l'on créerait, en principe, l'asile sanitaire pour les femmes malades et un établissement spécial pour les filles mineures en vagabondage immoral, originaires du département de la Seine. Cet établissement dépendra du service des moralement abandonnés et sera pourvu d'une infirmerie pour le traitement de celles d'entre elles qui sont atteintes de maladies vénériennes.

DÉPARTEMENTS

Montpellier. — **L'Université de Montpellier et la Faculté de Marseille.** — Cette fois la guerre est déclarée. On parle de la création de la Faculté de Marseille dans les milieux politiques et parlementaires. A Montpellier, tout le monde s'est ému. Les autorités municipales, universitaires et autres, ont envoyé à Paris une délégation et on nous apprend qu'après d'inutiles démarches, les délégués se proposent de donner leur démission. Le conflit est donc ouvert entre les deux villes provençales, et les habitants de Montpellier redoutent avec quelque raison la concurrence redoutable de la Faculté phocéenne. Serait-ce donc pour mieux en préparer l'enterrement, qu'il y a peu de jours on célébrait le pompeux centenaire de la vieille Université ?

ÉTRANGER

Allemagne. — **Congrès international de la crémation.** — Ce Congrès se tiendra à Berlin le 4 août, en même temps que le Congrès international de médecine. On y exhibera les cendres d'un homme de soixante-deux ans, brûlé à Gotha et celles d'un enfant de neuf ans, des urnes en métal, deux urnes en serpentine, des plans de crématoire ; le tout à côté de l'exposition annexée au Congrès de médecine. Singulier rapprochement !

Congrès des médecins et naturalistes allemands. — La prochaine session aura lieu à Brême et durera du 15 au 20 septembre. Plus de mille adhérents se sont, paraît-il, fait inscrire pour prendre part à cette réunion.

Etats-Unis d'Amérique — **Congrès américain d'histologie.** — La prochaine réunion aura lieu à Détroit, du 12 au 13 août.

Digitized by Google

ITALIE. — **Les étudiants italiens dans les universités allemandes.** — Leur nombre va en augmentant d'année en année. En 1889, il était de 535, en 1888 de 390, en 1887 de 310, en 1886 de 224 et en 1885 de 189. On le voit les effets de la triple alliance, au profit de l'Allemagne, se font sentir même sur le terrain médical et scientifique.

SUISSE. — **Statistique démographique du cancer de l'estomac.** — En Suisse, d'après M. Hœberlin, la mortalité par cette maladie est de 1,35 par 000 décès. Le cancer de l'estomac y est donc deux fois plus fréquent qu'à Berlin et à Vienne, et de 1867 à 1886 sa mortalité a augmenté dans la proportion de 100 à 165 pour les hommes et de 100 à 158 pour les femmes.

Elle est plus fréquente (3 pour 100) dans les cantons du nord-est, que (1,5 pour 100) dans ceux de l'ouest et (1 pour 100) dans ceux du sud. Enfin les hommes sont plus souvent atteints que les femmes dans le rapport de 7 contre 6.

NOUVELLES MILITAIRES

PARIS

Nominations dans le corps de santé militaire. — *Au grade de médecin principal de 1re classe* : M. Tachard, médecin-major de 1re classe.

2° *Au grade de médecin-major de 1re classe* : M. Gatumeau, médecin-major de 2e classe; M. Pitot, médecin-major de 2e classe; M. Durand, médecin-major de 2e classe.

La situation des étudiants en médecine des classes 1887 et 1888. — D'après la loi de 1889, les étudiants en médecine ne sont astreints qu'à une année de service au moment du tirage au sort.

Ces dispositions sont applicables aux conscrits de la classe actuelle Malheureusement, ceux des classes de 1887 et 1888 sont soumis au régime de la loi de 1872, la loi de 1889 n'ayant point d'effet rétroactif. Un journal de médecine s'est fait l'avocat des plaintes d'un certain nombre d'intéressés qui considèrent la mesure comme vexatoire.

Après renseignements pris à bonne source, nous sommes autorisés à déclarer que ces étudiants pourront, en s'adressant aux Ministres de la guerre et de la marine, obtenir un tempérament à cette loi, dont la légitimité est incontestable. En tout cas, les doyens des Facultés et le Ministre de l'instruction publique ont qualité pour plaider cette cause avec chances de succès auprès de l'Administration de la guerre.

ÉTRANGER

INDES ANGLAISES. — **Mortalité et morbidité militaires en 1888.** — Parmi les troupes européennes, il y a eu 13,6 0/00 de morbidité et 3,75 de mortalité. Au Bengale, on a compté 16,2 cas de maladie et 4.15 décès p. 1000. A Madras, 7,4 et 2,26, et à Bombay, 12 6 et 4.04.

Le choléra a causé 1,99 0/00 de décès. Les maladies vénériennes ont fourni un quart des admissions à l'hôpital. Les cas de réforme ont été de 22,71 0,00.

Sur 5129 officiers, il y a eu 67 décès, soit 13,06 0/00, proportion inférieure à celle des autres corps de l'armée anglaise.

VARIÉTÉS

La léproserie de Zanzibar. — Notre estimé confrère le Dr Drago, médecin de 1re classe de la marine, a visité cet établissement.

Cette léproserie, entretenue aux frais du sultan, consiste en cinq ou six cases en paillotes qui n'ont rien d'agréable à l'œil. Les lépreux qui les habitent ne doivent pas s'en écarter; ils reçoivent du riz et du poisson sec pour toute nourriture. On leur inflige de temps en temps un traitement cruel. On exprime le jus d'un citron sur les ulcères lépreux qui sont aussitôt après recouverts de poudre de sulfate de cuivre ; les malades redoutent fort ce traitement, qui leur cause des douleurs horribles.

De l'immunité des Arabes pour la fièvre typhoïde. — Dans un récent travail, M. Cochez démontre la rareté de la fièvre typhoïde parmi les Arabes hospitalisés à Alger. Du 1er janvier 1874 au 1er janvier 1889, M. Gros a compté 91 cas de fièvre typhoïde dont 3 seulement sur des indigènes. En 1889, M. Cochez a observé 80 cas de fièvre typhoïde et sur ce nombre pas un seul Arabe. Même résultat à l'hôpital de Mustapha en 1889, où on a traité 162 cas de fièvre typhoïde.

Un de nos distingués confrères militaires, M Czernick'i a fait la même remarque en 1881, pendant l'expédition de Tunisie où la morbidité typhoïdique fut très rare parmi les tirailleurs algériens. La mortalité y était de 1,6 pour 1000 quand elle s'élevait à 60 pour 1000 parmi les soldats européens.

Les familles de sept enfants. — D'après un relevé de l'administration, on compte en France 148,808 familles ayant sept enfants au moins. Les départements où il y a le plus de familles de sept enfants, sont ceux du Nord, du Finistère, des Côtes-du-Nord, du Pas-de-Calais, de la Loire-Inférieure et du Morbihan.

La morbidité dans le corps médical. — D'après un médecin américain, dans une série de 250 médecins ; les causes de décès se répartissent ainsi :

Maladies infectieuses	16
Affections pulmonaires chroniques	22
— — aiguës	21
Maladies chroniques du cœur	30
Apoplexies	40
Affections cérébrales et spinales	20
Cancer	19
Maladies du foie	7
Maladies abdominales	5
Maladie de Bright	8
Diabète sucré	3
Affections chirurgicales et blessures	5
Mort violente	11
Vieillesse	9
Autres maladies	22

On voit donc que les maladies les plus fréquentes parmi les médecins sont celles qui ont pour causes les fatigues et le surmenage.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Millet-Fontarabie, sénateur de la Réunion; Chancerel, professeur de thérapeutique et d'hygiène à l'Ecole de médecine de Caen; Loye (de Paris); Saint Yves (de Saint-Maurice); Demange (père), professeur honoraire à la Faculté de médecine de Nancy; Daguereau (de Paris); Labosse (de Nury).

En Espagne : M. le Dr A M. de San-Juan, professeur d'anatomie pathologique, à la Faculté de médecine de Madrid.

En Italie : M. le Dr Giovanni Battista-Colpi, un des vétérans des expéditions de Garibaldi.

Le Directeur-gérant : HENRI HUCHARD.

Digitized by Google

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

QUATRIÈME ANNÉE — N° 31 — 30 JUILLET 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

COMITÉ DE RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

AVIS. — L'Administration du journal prie instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement est expiré depuis le 30 juin 1890, de lui faire parvenir, par mandat-poste, le montant de leur renouvellement pour leur éviter les frais de recouvrement s'élevant à 75 centimes par quittance

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Bichat. — M. le Dr H. HUCHARD

La pseudo-méningite hystérique

Dans le *Traité des Névroses* (1), j'ai ouvert un chapitre sur un sujet qui a été bien souvent étudié depuis cette époque, sur l'*hystérie dans ses rapports avec les divers états morbides*. Je montrais ainsi, pour la première fois, dans une vue d'ensemble, les rapports cliniques que la névrose affecte avec la fièvre typhoïde, la diphtérie, les affections inflammatoires diverses (angines, laryngites, bronchites, embarras gastriques, etc.), avec le traumatisme, le rhumatisme, la scrofule, l'impaludisme, la tuberculose, etc. Depuis cette époque, la question s'est encore agrandie, et l'on sait que l'alcoolisme, le saturnisme, le tabagisme, que la plupart des intoxications en un mot, peuvent devenir des agents provocateurs de l'hystérie. En 1883, j'ai publié, dans le même traité, la première observation relative à une malade chez laquelle une fièvre typhoïde avait été, comme je le disais alors, « l'occasion de l'*appel* de phénomènes hystériques » sous la forme pseudo-méningitique.

Il y a deux ans j'ai observé avec les Drs Longuet et Masson, médecins militaires, un cas fort intéressant de *pseudo-méningite hystérique* qui, cette fois, s'est déclarée d'une façon primitive en dehors de toute intoxication, ou de maladie infectieuse. L'intérêt de cette observation que je vais résumer, d'après les notes de M. le Dr Masson, résulte surtout des difficultés du diagnostic (2) :

Une femme, âgée de 38 ans présentait les antécédents héréditaires suivants : grand'mère maternelle tuberculeuse, mère morte en 1870 d'une attaque d'apoplexie ; grand-père paternel extrêmement goutteux, mort à 50 ans ; père mort à 50 ans d'un anévrisme ; sur dix enfants, la malade reste seule avec un frère ; les huit autres enfants sont morts jeunes, plusieurs de méningite tuberculeuse, une fille de 15 ans morte de fièvre typhoïde avec des accidents cérébraux très graves.

Cette femme n'a jamais fait de maladie sérieuse ; mariée depuis 20 ans, elle n'a jamais trouvé l'idéal qu'elle se promettait dans le mariage et vit séparée à l'amiable de son mari. Caractère hystérique des plus prononcés.

Après une période de malaise assez longue et mal définie, se traduisant surtout par de *l'insomnie*, de *l'inappétence*, la malade est brusquement prise pendant la nuit du 9 au 10 juin 1888, vers une heure du matin, par une violente *douleur de tête* qui bientôt s'accompagne de *vomissements* alimentaires. Un médecin appelé trouve la malade dans un état de grande prostration avec la face pâle, les traits altérés, le pouls petit et fréquent, les extrémités froides. La céphalalgie est très violente, elle siège surtout au niveau de la région fronto-temporale gauche, et la douleur se fait encore sentir à la nuque. Pendant la journée, il y a de la *somnolence*, mais la douleur de tête est tellement vive que « la malade me supplie de ne pas me déplacer » (écrit M. le Dr Masson).

Le lendemain matin, M. Longuet, appelé en consultation par le Dr Masson, ne confirme pas le diagnostic de méningite tuberculeuse porté par ce dernier confrère, en raison des antécédents de famille. Il pense à des accidents hystériques.

Dans la journée, cependant les accidents s'accusent, la douleur de tête devient plus vive ; il y a de la *photophobie* ; la *constipation* persiste, les vomissements se reproduisent, et la malade est transportée dans une maison de santé.

11 *juin*. — Nuit agitée, douleurs de tête très violentes, suppression des vomissements. Pas de fièvre depuis le début. On ordonne 15 gr. d'eau-de-vie allemande, une potion avec 15 gr. de bromure de potassium et 1 gr. de chloral, des compresses froides sur la tête.

Du 12 au 15 *juin*, même état ; les douleurs de tête arrachent des cris à la malade, les nuits sont très agitées, la température axillaire s'élève à 38°,2, les vomissements se produisent, la langue est un peu saburrale.

15 *juin*. — La nuit a été bonne ; les douleurs de tête, moins vives, ont fait place à un état de *stupeur* d'où on parvient à tirer difficilement la malade et la température reste à 38°,2.

M. Huchard la voit pour la première fois à ce moment ; il trouve quelques stigmates de l'hystérie (insensibilité de l'épiglotte, douleur ovarienne gauche) et croit à l'existence d'une pseudo-méningite hystérique.

16 *juin*. — T. A. 38°1 le matin, et 38°,3 le soir. Le pouls, qui était à 78 ou 80 les jours précédents, est descendu à 60. Il a toujours été régulier. Etat de torpeur très accusé avec *subdélire* ; alternatives de *pâleur* et de *rougeur* de la face ; *raideur méningitique* très accentuée à l'abdomen et sur les membres ; léger effacement des traits à droite.

Dans la soirée, on constate une déviation de la face, qui est tirée à gauche, et un *léger état parétique du bras gauche*. En présence de ces accidents M. Huchard agite de nouveau la question d'une vraie méningite.

17 *juin*. — T. A. 37°,7 le matin et 38°,2 le soir. La langue est blanche, un peu sèche ; le délire plus continu ; la malade ne répond pas aux questions qu'on lui adresse. La respiration est *suspirieuse*, puis elle devient par intervalle très fréquente et précipitée (*polypnée*) ; la constipation reste opiniâtre, le ventre un peu ballonné ; la malade n'a pas uriné pendant 24 heures, et cependant il y a de l'urine dans la vessie (*rétention d'urine*). Le pouls est à 54. La face est manifestement déviée à gauche, la parésie des membres supérieurs et inférieurs du côté gauche est plus manifeste. A une heure de l'après-midi, après un moment de lucidité relative, on constate un *embarras plus marqué de la parole* et une grande *difficulté dans la déglutition* des aliments. Le soir, MM. Huchard et Longuet constatent l'*hémiplégie alterne* incomplète, la *raideur méningitique*, l'*aphasie* presque complète, et l'impossibilité absolue d'avaler. En présence de ces accidents on craint de plus en plus une méningite tuberculeuse de l'adulte.

(1) *Traité des névroses* 2e édition, par AXENFELD et HUCHARD, Paris, 1883.

(2) *Société médico-pratique de Paris*, 1890.

Digitized by Google

et l'on prescrit l'iodure de potassium à la dose de 3 gr. par jour.

18 *juin*. — T. A. 39° le matin, et 38°,4 le soir.

Le pouls est à 70. *Syncope* à 5 heures du matin, en allant à la garde-robe. Subdélire continuel se traduisant par un marmottement incompréhensible. L'embarras de la parole s'exagère et celui de la déglutition devient tel qu'on est obligé de prescrire l'iodure par la voie rectale. — Le soir, la malade immobile dans son lit, insensible aux excitations extérieures, semble être tombée dans un véritable *état comateux*. Le pouls est plus rapide (à 80), régulier. M. Huchard, recherchant toujours l'hystérie dans ces divers accidents, constate de la façon la plus manifeste, un *état cataleptique* du bras gauche.

Du 19 *au* 21 *juin*, amélioration progressive, la température redevient normale le 21 juin (à 37,7) après avoir été, le 19 juin, à 38° et à 38°2 ; le 20 juin à 38°1 et 37,5 ; le 21 juin à 38°1 et 37,7. Le pouls est à 100. La physionomie devient plus expressive, la parole moins embarrassée, la déglutition possible. Les jours précédents, on avait constaté une *analgésie* presque complète de tout le côté gauche. Les douleurs de tête ont disparu depuis le 18 juin.

22 *juin* La température remonte le matin à 38,8 et descend le soir à 37°8.

Aujourd'hui, on constate avec étonnement une *déviation de la face à droite* (contracture faciale droite ?) Les pupilles, qui avaient toujours été normales, restent très dilatées.

Du 22 juin au 1er août, l'amélioration persiste et s'accentue. La guérison peut être considérée comme définitive, elle ne s'est jamais démentie depuis deux ans que j'ai revu la malade, et que j'ai pu constater chez elle un certain nombre de symptômes hystériques (insensibilité de l'épiglotte, hyperesthésie ovarienne, légère anesthésie sensitive et sensorielle du côté gauche, singularité de caractère, etc.).

Si l'on analyse tous les symptômes présentés par cette malade, on voit qu'ils s'éloignent, par beaucoup de côtés, de la méningite tuberculeuse de l'enfant ; mais ils se rapprochent, au contraire de ceux de la méningite tuberculeuse de l'adulte qui présente, comme on le sait, de nombreuses anomalies et irrégularités dans sa marche, à ce point que l'on peut dire : *il n'y a rien qui ressemble moins à la méningite tuberculeuse de l'enfant que la méningite tuberculeuse de l'adulte*. Si l'on ajoute que la malade présentait des antécédents tuberculeux, des méningites chez ses frères et sœurs, on comprend sans peine l'hésitation du diagnostic.

A ce dernier point de vue, cette observation est intéressante, en ce sens qu'elle démontre un fait sur lequel j'ai souvent insisté et que j'ai ainsi formulé : *à côté de l'hérédité dans les lésions, il faut placer l'hérédité dans les organes*. Exemple : une malade meurt de méningite tuberculeuse, et l'un de ses enfants succombe à une tuberculose pulmonaire ; *c'est l'hérédité dans les lésions*. Mais elle a une fille hystérique qui présente des phénomènes d'hystérie cérébrale (pseudo-méningite hystérique) ; *c'est l'hérédité dans les organes*. Le système nerveux central est, chez les malades, le *locus minoris resistentiæ*, et l'hystérie reste surtout cérébrale. Telle est la cause de la localisation encéphalique de l'hystérie chez notre malade.

Ainsi donc, l'hystérie, « cette grande simulatrice des maladies organiques », cette sorte de « pathologie en raccourci », comme le disait Axenfeld, peut présenter le masque de la méningite par des symptômes communs aux deux maladies (céphalée, vomissements, constipation, hyperesthésie, ralentissement du pouls, paralysies partielles, contraction, photophobie, troubles pupillaires et vaso moteurs, troubles de la respiration qui peut devenir supirieuse ou singultueuse, rare ou fréquente. Dans ce dernier cas, il s'agit d'un symptôme hystérique que j'ai signalé le premier sous le nom de *polypnée hystérique* (1), et que M. Charcot a, dans ces derniers temps, étudié sous le nom de *tachypnée hystérique*.

On peut trouver d'autres exemples de pseudo-méningites hystériques dans la science. Boissard (*France médicale*, 15 février 1883), Chantemesse dans sa thèse inaugurale sur la méningite tuberculeuse de l'adulte (1884), Dalché (*Gaz. méd. de Paris*, 17 janvier 1885), Reynaud (*Loire médicale*, 1886), et A. Macé dans sa thèse inaugurale de Paris (1888) sur les « accidents pseudo-méningitiques chez les hystériques », relatent des faits très intéressants dans lesquels l'hystérie a pris le masque de la méningite tuberculeuse.

Si l'on peut prendre une pseudo-méningite hystérique pour une méningite vraie, l'erreur contraire peut être commise, et c'est ainsi que Chantemesse cite dans sa thèse, le fait remarquable d'une hystérique atteinte d'accidents méningitiques, que Rigal rattacha complètement à la névrose. La malade mourut, et quoique l'autopsie n'ait pu être pratiquée, il est probable qu'il s'agissait d'une méningite de la base.

En tout cas, l'observation dont j'ai donné la relation, prouve que, dans les cas douteux, il est utile de rechercher les stigmates de l'hystérie, et de ne pas toujours croire à l'existence d'une affection organique chez une hystérique, en se basant sur la marche anormale, irrégulière et souvent atténuée des symptômes de la méningite tuberculeuse de l'adulte.

Enfin, cette observation tendrait encore à démontrer que le plus grand nombre de ces « méningites tuberculeuses de l'adulte guéries » pourraient bien n'être que des pseudo-méningites.

LE DIAGNOSTIC DES MALADIES

REVUE BI-MENSUELLE DES CLINIQUES

Paris. — **Hôpital Necker** Service de M. Peter I. *Le diagnostic pathogénique des gastralgies*. — **Hôpital de la Pitié**. Service de M. Lancereaux. II. *Du diagnostic différentiel des dyspepsies*. — Nancy **Clinique médicale de la Faculté**. Service de M. Bernheim. III. *De la valeur diagnostique de la douleur dite de l'ulcère rond*.

I. **Le diagnostic pathogénique des gastralgies.** — L'étude des affections de l'estomac est plus que jamais à l'ordre du jour. On s'y attendait, après les recherches chimiques de l'Ecole allemande sur le suc gastrique, et les travaux français sur la dilatation de l'estomac.

A côté des doctrines récemment formulées, il y a des faits. Bon gré mal gré, il faut donc obéir à l'impulsion de ce mouvement scientifique. M Peter est de ceux qui s'y soumettent, tout en conservant l'originalité de leurs idées sur la pathogénie et le diagnostic des gastralgies.

Qu'est la gastralgie ? La gastralgie, dit-il, est « une névrose circulaire de l'estomac » Il faut s'expliquer.

(1) Voir le *Traité des névroses* par Axenfeld et Huchard, 2e édition, 1883.

Digitized by Google

Une névrose? Parce que le nerf pneumogastrique des gastralgiques est surexcitable, et que cette surexcitation se traduit par la douleur.

Circulaire? Parce que la maladie commence au pneumogastrique et y aboutit.

Comment se manifeste-t-elle? Par un trouble sécrétoire : et ce trouble existe chaque fois que la sécrétion du suc gastrique n'est point proportionnelle aux besoins de la digestion. Diminue-t elle? Il y a *dyspepsie atonique* et *indolore*. Devient-elle excessive? Il y a *dyspepsie douloureuse* et *gastralgie*.

A côté de l'hypothèse névrosique, l'hypothèse chimique : l'une complète; l'autre, *in medio stat virtus*.

Le suc gastrique en excès, après avoir attaqué l'aliment, attaque la muqueuse gastrique. L'estomac se digère lui-même : le gastralgique est parti de la névrose; il suit la route de la gastrite chronique et il arrivera à l'ulcère simple de l'estomac.

Eh bien! ces considérations doctrinales sont-elles en harmonie avec les résultats de l'observation clinique? Oui; pour M. Peter, dont l'avis confirme, d'ailleurs, une opinion souvent formulée : les gastralgiques sont habituellement des névropathes ou des migraineux par eux mêmes ou par leurs ascendants.

La douleur est le phénomène dominateur de cet état morbide? Comment en faire le diagnostic? Elle est intolérable, épigastrique, irradiée, intermittente; son retour coïncide, non pas avec l'ingestion des aliments, mais bien avec la digestion stomacale et le moment où le suc gastrique surabondant attaque la muqueuse stomacale.

Cette douleur est celle d'une brûlure; il y a, selon l'expression de M. Peter, « véritable brûlure chimique, une brûlure par l'acide chlorhydrique ». L'ingestion d'un aliment ou de l'eau calme cette douleur. Voilà donc, ajouterai-je, une sorte de repas d'épreuve assez utile au diagnostic.

La douleur se produit-elle quand l'estomac est vide? Il faut admettre alors que l'hypertrophie stomacale persiste, et qu'il y a « folie sécrétoire permanente du pneumogastrique ».

Cette douleur a le plexus solaire pour foyer. La pression la provoque; de plus, fait sur lequel M. Peter insiste pour le diagnostic différentiel, la pression du pneumogastrique gauche au niveau du cou la réveille dans la gastralgie, tandis que dans l'hépatalgie, c'est la pression du pneumogastrique droit qui est douloureuse.

On interroge le gastralgique sur son appétit : il est satisfaisant; s'il ne mange pas, c'est par crainte de la douleur plutôt que par anorexie vraie.

Et les vomissements? Nuls au début. Plus tard, s'ils se produisent, il sont alimentaires et muqueux; l'estomac se révolte contre le suc gastrique qui l'encombre. Sont-ils sanguinolents? Une érosion de la muqueuse existe; l'ulcère simple se prépare.

Ici se place l'épreuve chimique par le procédé colorimétrique de Gunzburg. Ce procédé, on le sait, consiste à évaluer la rapidité plus ou moins grande de l'absorption de l'iodure de potassium par la muqueuse gastrique et de son élimination par les glandes salivaires (1). Normalement l'élimination commence après 75 minutes. Est-elle plus rapide? L'acide chlorhydrique est en excès dans le suc gastrique. Est-elle plus lente? On devrait admettre une conclusion contraire. Hyperchlorhydrie dans un cas, hypochlorhydrie dans l'autre. C'est de bien grande simplicité.

Enfin, comme moyen de contrôle, on a l'analyse chimique qualitative du suc gastrique retiré de l'estomac avec la sonde et par le lavage Normalement, le suc gastrique contient 2 millièmes d'acide chlorhydrique. Au-dessous de ce chiffre il y a donc hyperchlorhydrie, selon le langage courant, ou polygastrie, selon l'expression de M. Peter.

II. **Du diagnostic étiologique des dyspepsies.** — Ces applications de la chimie à la médecine sont loin de satisfaire tous les cliniciens. Est-ce à tort ou à raison?

Le diagnostic des dyspepsies n'est point seulement une question d'éprouvettes, de réactifs et de montres à secondes. Il serait alors trop facile. Beaucoup le pensent

Les actes chimiques de l'estomac sont réglés par le système nerveux, et rien, jusqu'à présent, n'a infirmé les mémorables expériences de Claude Bernard sur le rôle du pneumogastrique dans la digestion stomacale.

Aux tendances abusives de chimiâtres français s'inspirant uniquement des travaux d'outre-Rhin, il faut opposer les résultats de l'observation physiologique et traditionnelle.

M. Lancereaux, comme M. Peter et comme nos nombreux compatriotes, demeurent fidèles aux enseignements de l'Ecole française, ne se contentent pas de prendre l'effet pour la cause, et, en présence d'une dyspepsie par trouble sécrétoire, s'efforcent de reconnaître l'origine pathogénique de ce trouble.

La clinique seule peut elle le déterminer sans appeler la chimie à son aide? Oui.

Voici la dyspepsie d'un alcoolique : c'est une dyspepsie *ab ingestis* avec hypochlorhydrie ou même anachlorhydrie. Est ce là, au point de vue clinique, le phénomène dominateur? Non. Il y a hyperchlorhydrie relative parce que la quantité du mucus est accrue. Dans le suc gastrique de ce malade, ce n'est point l'acide chlorhydrique qui est moins abondant, mais le mucus qui se trouve en excès. Au contact des aliments ou des boissons, la muqueuse stomacale irritée sécrète le mucus; il n'y a plus de rapport entre l'offre et la demande en suc gastrique.

Doit-on prescrire l'acide chlorhydrique? On pratiquera une médication symptomatique; on fera disparaître l'ana ou l'hypochlorhydrie; mais la muqueuse stomacale n'en restera pas moins irritée et le malade un

(1) *Procédé de Gunzburg.* — Le malade ingère une capsule d'iodure de potassium. Tous les quarts d'heure, il expectore sa salive dans un verre contenant de l'eau amidonnée. On note le moment où la coloration bleue de l'amidon apparaît au contact de la salive. Le temps écoulé entre l'ingestion de l'iodure de potassium et celui où la réaction se manifeste est d'autant plus long que la quantité de suc gastrique est moindre ou qu'il est plus pauvre en acide chlorhydrique.

Digitized by Google

dyspeptique. Pour faire œuvre durable, le clinicien sagace aura donc à calmer cette irritation et à prescrire le régime lacté.

Le chimisme médical est une belle science ; nul ne le conteste, mais sa puissance a des limites.

M. Lancereaux s'en tient à la classification plus classique des dyspepsies en trois groupes :

1° *Dyspepsies abingestis.* — Dyspepsies des alcooliques, des gros mangeurs et des inanitiés : ceux ci mangent trop ; ceux-là ne mangent pas assez ; chez tous, l'estomac est devenu intolérant et irritable.

2° *Dyspepsies toxiques.* - Dans l'urémie et les empoisonnements ; leur histoire se confond avec celle de la maladie dont elles sont le symptôme.

3° *Dyspepsies nerveuses.*—Ce sont les plus nombreuses. Dans vingt cas sur cent, il s'agit d'ataxiques, d'hystériques ou de cérébraux ; dans quatre-vingts cas, de neurasthéniques ou d'herpétiques. Cette dernière forme est la plus fréquente.

Un malade a de l'eczéma sec depuis longtemps, des migraines, des troubles trophiques des ongles et des doigts, des varices ; bref, il présente le type de l'herpétisme Il accuse des vomissements après les repas et non pas le matin seulement. Ces vomissements se répètent quotidiennement pendant une ou deux semaines : il y a des éructations, des renvois acides et de la dilatation stomacale ; c'est un herpétique : il est atteint de *dyspepsie herpétique.*

Un autre ne vomit pas ; il éprouve, après le repas, des pesanteurs et de l'ardeur stomacales : il est hémorrhoïdaire, migraineux ou rhumatisant, il accuse de l'hypochondrie, de l'inaptitude au travail, et avec les troubles digestifs, vers la quatrième ou la cinquième heure après l'ingestion des aliments, il se plaint de vertiges, de défaillances, parfois même de paralysies localisées, sur un membre (Lasègue) ou sur un groupe de muscles, de la gêne de la parole (Lancereaux) ou de spasmes, tels que la dysphagie spasmodique, voire même les convulsions épileptiformes d'origine gastrique, dont j'ai cité des exemples (1). Il faut porter un diagnostic ; en présence de phénomènes nerveux semblables, le clinicien hésite.

C'est alors qu'il faut songer à des troubles de l'estomac et chercher dans cet organe le point de départ d'accidents jusque-là inexpliqués.

Il s'agit de dyspepsie nerveuse : le trouble sécrétoire est secondaire, et se produit comme après la section du pneumogastrique des animaux. La sécrétion du mucus augmente, elle est en excès par rapport à celle du suc gastrique. Il y a hyperchlorhydrie relative et en même temps diminution de la contractilité de l'estomac qui, résultat final, se laisse dilater.

Rien à craindre pour ces malades, ajoute M. Lancereaux, quand le système nerveux fonctionne bien. Qu'il survienne un incident : puberté, ménopause, surmenage, fatigue intellectuelle, excès vénérien, l'équilibre est rompu ; le nerf pneumogastrique fonctionne mal ; la dyspepsie est établie.

(1) Ch. Eloy. — De l'œsophagisme: *Gaz. hebdomadaire*, 1880, et Pseudo-épilepsie d'origine gastrique, *Union médicale*, 1883.

L'estomac, d'ailleurs, n'est pas seul en cause : le plus souvent ces malades accusent des troubles intestinaux : constipation permanente ou passagère, alternatives de diarrhée ou de constipation, diarrhées subites et périodiques — on connaît les diarrhées des arthritiques, — besoin d'aller à la selle immédiatement après le repas, ténesme, épreintes, douleurs rectales dont l'acuité peut faire croire à des hémorrhoïdes ou à une fissure anale qui, cependant, n'existent pas. Bref, il y a des troubles réflexes du côté de l'intestin ; il y en a aussi du côté du cœur. Inutile d'insister : les palpitations cardiaques des dyspeptiques sont bien connues ; et la théorie ingénieuse de la mise en jeu des synergies du pneumogastrique n'a jamais, je pense, cessé d'être vraie.

En résumé, dans l'histoire clinique des dyspepsies et malgré leur importance, les altérations quantitatives et qualitatives du suc gastrique ne sont donc point tout. Les troubles de l'innervation stomacale n'en demeurent pas moins l'accident cardinal que le diagnostic a pour devoir de dépister.

C'est pourquoi, passant de la théorie à la pratique, j'ajoute : le traitement chimique et antiseptique des dyspepsies satisfait seulement à l'indication symptomatique. Cela ne suffit point, le *traitement vraiment pathogénique* sera donc celui qui modifiera durablement le système nerveux.

Que cette affirmation soit banale, c'est possible Les vérités banales sont de celles que l'on oublie trop volontiers. Il faut de temps en temps les répéter.

III. **De la valeur diagnostique de la douleur dite de l'ulcère rond.** Cette remarque ne s'applique-t-elle pas aussi à la thèse que M. Bernheim vient défendre, en s'élevant contre la valeur généralement attribuée aux localisations douloureuses épigastrique et rachidienne dans le diagnostic de l'ulcère rond ?

Le savant observateur nancéen a publié récemment des faits dans lesquels cette douleur était une douleur suggérée (1).

Un malade entre à l'hôpital de Nancy avec des signes indéniables de l'anémie. Il a eu des selles sanglantes, de la diarrhée, des coliques. Son appétit est bon ; cependant ses digestions sont pénibles ; pas de renvois, pas d'aigreurs ; de la douleur épigastrique, des coliques quelques minutes après les repas, un point xyphoïdien et rachidien. On est disposé à conclure et à dire : ulcère de l'estomac.

Erreur : il a un bourrelet hémorrhoïdal. C'est de là que vient le sang. On le suggestionne : disparition des douleurs xyphoïdiennes. Un régime convenable arrête la diarrhée : guérison. Il s'agissait donc de diarrhée avec coliques chez un hémorrhoïdaire.

Les douleurs étaient des douleurs suggérées ; et cependant n'avaient-elles point les caractères de ces localisations douloureuses que l'on dit caractéristiques de l'ulcère rond ? On connaît — c'est classique — les descriptions que Cruveilhier et Brinton en ont données : en avant, point xyphoïdien ; en arrière, point rachidien, augmentant à la pression ; celui-ci se trouvant entre la

(1) *Bulletin médical*, 23 juillet 1890.

Digitized by Google

8e vertèbre dorsale et la 2e lombaire, celui là déviant en bas vers l'ombilic, quand l'ulcère siège sur la grande courbure; à gauche, vers l'hypochondre gauche quand il siège vers le cardia; à droite vers l'hypochondre droit quand il siège sur le pylore.

Quelle précision!

Cependant M. Bernheim — et il n'est point le seul à le constater — note un désaccord entre la description de Cruveilher et celle de Brinton. D'après Cruveilher, c'est une douleur lancinante; d'après Brinton, elle est rarement telle.

En fait, elle ne possède ni cette netteté absolue, ni cette vive acuité. L'ulcère rond de l'estomac, lésion nécrobiotique, mais non pas inflammatoire, provoque une excessive impressionnabilité de la région épigastrique. D'autres affections gastriques la produisent aussi. Est-ce bien là une localisation douloureuse?

Quant à la douleur rachidienne, on l'explique par la réflectivité nerveuse. Une explication commode! M. Bernheim ne l'admet pas et — opinion dont on peut contester l'exactitude et non point l'originalité — se demande si la spécification et la localisation si précises de ces points douloureux ne seraient point souvent des faits d'auto-suggestion, en rapport avec l'imagination des malades ou de suggestion venant de l'idée préconçue par le médecin.

Cette opinion est discutable: mais à quoi bon ouvrir le débat?

On connaît les effets de l'auto-suggestion en thérapeuthique. Son rôle n'est pas invraisemblable dans la production de certaines erreurs de diagnostic.

Cela suffit pour ne pas accorder une valeur absolue à un symptôme dont la modalité varie avec le degré d'impressionnabilité du malade. Rien de plus, mais aussi rien de moins. Les remarques intéressantes de M. Bernheim confirment ce que l'on savait sur le rôle de l'imagination dans la pathogénie des maladies de l'estomac.

CH. ELOY.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

De l'inversion de l'utérus comme moyen d'hémostase après l'accouchement, par M. KOCKS. — L'auteur établit que l'inversion utérine permet de comprimer l'organe et, par les manipulations qu'elle nécessite, de remédier à l'inertie utérine. (*Centralb. f. Gynæk.* 1890, n° 20.)

Il est alors possible d'appliquer le tube d'Esmarch autour de la matrice ou un lien constricteur. On peut aussi suturer la plaie placentaire.

La compression doit être suffisante pour oblitérer les artères utérines. S. R.

Un nouveau procédé d'hystéropexie pour prolapsus utérin, par MM. LAROYENNE et AUDRY. — Ce procédé qui est décrit par M. Audry, interne de M. Laroyenne, a été employé dans deux cas. En voici la technique. (*Progrès médical*, 5 juillet 1890, p. 1) :

1er *temps*. — On introduit dans la cavité uterine un gros hystéromètre ou mieux une sonde utérine à double courant pour soulever l'utérus et le reporter en haut contre la paroi abdominale.

2e *temps*. — Sur la ligne blanche une incision de 0,08 environ comprenant le péritoine et conduisant sur le fond et la face antérieure de l'utérus.

3e *temps*. — Une première aiguille longue montée sur un manche est introduite dans la couche musculaire de la paroi abdominale, traverse le péritoine à 0,02 du bord de sa section et pénètre aussitôt dans la partie antérieure du muscle utérin, au niveau du fond de l'organe. Cette aiguille traverse 0,02 environ d'utérus et ressort symétriquement à travers l'autre bord de la plaie abdominale. On la laisse ainsi fixée. 2 ou 3 autres aiguilles semblables sont introduites successivement de la même façon en procédant de haut en bas, à un intervalle de 0,02 environ, de sorte que l'utérus est ainsi solidement maintenu par toute sa face antérieure contre la paroi abdominale transfixée par les quatre aiguilles restées en place.

4e *temps*. — On charge les 4 aiguilles avec un catgut et on noue chaque fil l'un après l'autre, en commençant par le plus élevé, et en retirant au fur et à mesure chaque aiguille correspondant au fil que l'on va nouer, l'utérus ne cessant pas un instant d'être appliqué en avant.

5e *temps*. — On réunit la plaie superficielle et on introduit dans le vagin un paquet de gaz iodoformée destinée à servir de pessaire provisoire. S. R.

MALADIES DES ENFANTS

Sécrétion lactée et abcès du sein chez les nouveau-nés, par M. le Dr SÉJOURNET (de Revin). — Notre estime confrère a observé une série de huit enfants, cinq filles et trois garçons, présentant de l'engorgement des seins avec sécrétion lactée (*Union méd. du Nord-Est*, juillet 1890.)

Le gonflement débutait, en général du troisième au quatrième jours après la naissance, une fois le treizième jour. Les seins étaient gonflés, durs, gros comme une noix ou une pomme d'api, souvent rouges et enflammés. Sous une pression légère le lait s'écoulait en bavant, et il était facile de recueillir chaque matin un petit verre à liqueur de ce liquide à l'aspect jaunatre. Cette sécrétion n'a pas duré plus de trois ou quatre jours. Le gonflement du sein disparaissait en même temps qu'elle.

Le traitement a été simple: deux fois par jour, onctions de vaseline boriquée et compression ouatée. Pas de cataplasmes; on vidait les seins chaque jour en exerçant sur eux une pression légère, sans les molester, ni les pétrir et en ayant soin de rendre préalablement aseptiques les doigts et les mains de l'opérateur. S. R.

MÉDECINE

Traitement de la diphtérie par l'inoculation des micrococcus erysipélateux, par M. J. BABTSHINSKY. — L'auteur a observé trois cas d'angine couenneuse avec propagation aux fosses nasales, dont un à forme gangreneuse guéris sous l'influence de l'erysipèle survenu au cours de la maladie. Ces résultats lui donnèrent l'idée d'inoculer l'érysipèle aux malades atteints de dyphtérie (*Wratch* 1890).

Avec une épingle à vaccin il recueillit quelques gouttes de sang sur une plaque érysipelateuse, et les inocula dans la région sous-maxillaire, à un petit garçon atteint d'angine diphthéritique.

Douze heures après, à l'endroit de l'inoculation, rougeur augmentant d'étendue et se répandant sur toute la face, gonflement des glandes sous-maxillaires, chûte de température, disparition des fausses membranes. Puis guérison.

L'auteur a pratiqué quatorze inoculations avec les micrococcus cultivés sur l'agar-agar par M. Janovsky. Des quatorze malades deux sont morts, dont un trois et l'autre cinq heures après l'inoculation.

Chez les autres, l'érysipèle se développa au bout de quatre, six, huit et douze heures; sa marche fût faible, sa rougeur moins

Digitized by Google

intense que d'habitude et sa guérison rapide. Ordinairement, à mesure que le processus érysipélateux se développe, les glandes cervicales diminuent de volume, la température baisse, les fausses membranes disparaissent, les malades ont moins de difficultés pour avaler, l'écoulement du nez cesse. Il existe aussi une rougeur diffuse du pharynx. Tous ces phénomènes s'observent au bout de vingt-quatre heures.

Angine de poitrine à début épigastrique, sclérose des coronaires et myocardite, par M. H. Audéoud. — L'auteur rappelle que M. Henri Huchard, le premier, a appelé l'attention sur l'angine de poitrine dont les accès commençant et se cantonnant parfois à la région épigastrique, peuvent faire croire à une fausse gastralgie. Le fait qu'il rapporte confirme absolument cette manière de voir, puisqu'après la mort subite du malade, on a trouvé les lésions de l'angine de poitrine vraie: rétrécissement de l'artère coronaire antérieure, endartérite de la coronaire postérieure sans rétrécissement, foyer de myocardite correspondant à l'oblitération des hanches des coronaires. (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 20 mai 1890.)

Un fait intéressant de cette observation : l'effort était la cause la plus fréquente des accès ; mais ceux-ci survenaient aussi chaque fois qu'on était obligé de pratiquer le cathétérisme de l'urèthre. Cette petite opération agissait-elle comme point de départ d'une irritation réflexe, ou par l'émotion liée à cette petite manœuvre?

Ajoutons que le malade, âgé de 63 ans, qui n'avait eu ni rhumatisme, ni syphilis, faisait de grands excès alcooliques, et surtout de tabagisme. D. R.

Empyème postgrippal, par M, le Dr Linden. — Dans une série de 136 cas d'influenza, l'auteur a observé dix fois la pleurésie purulente vers le déclin de la maladie et sans pneumonie fibreneuse antérieure. (*Finska Lakareskaia. Handlinga*, juin 1890, p. 395)

On pratiqua chaque fois la pleurotomie et la resection costale et la guérison fut obtenue dans l'espace moyen de quarante-sept jours. Dans tous les cas, il s'agissait d'épanchements séro-purulents. M. Linden recommande, dans les cas semblables, d'opérer de bonne heure. S. R.

Du tremblement chez les vieillards, par M. J. Sacaze. — L'auteur, interne des hôpitaux de Montpellier, a recueilli vingt-deux observations de tremblement chez des personnes âgées. Il les a comparées entre elles. Dans ce mémoire, il donne les conclusions ethnologiques de ces faits (*Montpellier Méd.*, 16 juillet 1890).

Il admet que ce tremblement résulte de causes diverses: hérédité, hystérie, tabagisme; mais que le tremblement dit *sénile* ne parait point exister au point de vue du diagnostic. M. Sacaze conteste le cas de l'artério-sclérose. Enfin, conclusion physiologique, il déclare que l'apparition des tremblements a pour condition : une contraction musculaire plus marquée que l'état de tonicité ordinaire.

On voit donc que, cliniquement, d'après ce mémoire, le tremblement sénile des vieillards n'existerait point. S. R.

THÉRAPEUTIQUE

De l'action cardiaque de la quinine, par M. le Dr W. E Hare — Cette action donnerait raison de l'utilité d'employer la quinine pour prévenir le collapsus cardiaque dans les fièvres. Stimulant du myocarde, elle rendrait les battements du cœur plus énergiques et plus réguliers (*Australasian Med. Gaz.*, avril 1890).

A cet effet, M. Hare prescrit toutes les trois heures l'ingestion de quinze à vingt-cinq centigrammes de quinine chaque fois que le pouls s'élève à 120 pulsations par minute. On peut en continuer l'administration pendant autant de jours qu'il est nécessaire. S. R.

Des injections sous-cutanées de quinine, par M. H. Kobner. — Depuis 1870, l'auteur les emploie avec succès. Il prescrit des solutions neutres de chlorhydrate de quinine, de préférence aux solutions acides de formiate, de bi-sulfate et de lactate, qui sont irritantes. (*Deut. Med. Woch.* 10 avril 1890.

Il les additionne de glycérine et les formule ainsi :

Hydrochlorate de quinine.... 0,50 à 1 gramme.
Glycérine pure..... } ãã 2 grammes.
Eau distillée..... ....}

Contre les névralgies intermittentes, il en a obtenu les meilleurs résultats, en les pratiquant dans la région fessière, et s'il s'agissait d'une névralgie de la cinquième paire, dans la région temporale. La dose employée variait de 0,10 à 0,15 centigrammes. Elle était élevée à 0,15 centigrammes quand il s'agissait de fièvre intermittente. S. R.

La sarcinose, son traitement par les lavages au bisulfite de soude, par M. le Dr Jacob Lopez Elizagaray — Notre confrère espagnol avait fait usage inutilement dans trois cas de sarcinose, du lavage stomacal avec les solutions de résorcine, d'acide borique et d'acide chlorhydrique (*Revista clinica de los hospitales*, juillet 1890, p. 289).

Il se décida alors à pratiquer ces mêmes lavages au moyen d'une solution de bisulfite de soude au millième. Dans l'espace de quelques jours, il notait la disparition de la sarcinose, des vomissements et des douleurs stomacales. S. R.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

Des indications des bains de mer chez les enfants

Le rôle du médecin ne se borne pas seulement à connaître l'action du séjour à la côte, il doit en poser les indications et les contre-indications, il doit en régler l'emploi, indiquer les prescriptions particulières d'hygiène que comporte le nouveau genre de vie.

La cure marine ressortit à la fois à l'aérothérapie et à l'hydrothérapie; c'est un bain permanent tantôt d'air et de soleil, et tantôt d'eau salée, dont le résultat général est le coup de fouet donné à l'organisme tout entier.

L'air marin, surtout l'air du large, ne renferme presque plus de microbes; il contient de l'ozone, de la vapeur d'eau et du sel en suspension; son action générale, essentiellement excitante, se porte sur tous les systèmes organiques, d'où excitation de la respiration, de la circulation et de l'hématose, excitation de l'appétit, excitation du système nerveux.

Cet éréthisme peut même s'exagérer, provoquer un peu d'agitation du sommeil ou produire ce qu'on appelle la fièvre marine, analogue à la fièvre thermale, qu'on prévient ou qu'on guérit par l'éloignement momentané dans les terres, bien préférablement qu'avec l'antipyrine.

Le bain de mer agit à la fois comme bain froid, comme douche, comme eau salée, c'est-à-dire qu'il est à la fois un excitant général et cutané.

Choix de la station. — Ces différents effets de la cure marine sont plus ou moins marqués, selon les diverses plages. Celles de la mer du Nord et de la Manche, de

Digitized by Google

Dunkerque à Brest, les produisent au summum ; la côte, fouettée par la brise du nord, s'impreigne des effluves marines ; les vagues, les lames abondantes percutent avec force le baigneur ; mais la saison est courte, les matinées et les soirées fraîches.

Le climat de l'Océan, plus doux, grâce à la latitude, à l'absence du vent du Nord, provoque une excitation moindre et mitigée.

Avec la Méditerranée, la température augmente, rafraîchie par le mistral, qui vient de terre ; ici donc plus de brise marine ; à peine de vague, à peine d'excitation sur la côte provençale ; mais allons en Corse, et la brise de mer nous arrive.

Cette brise de mer bienfaisante, ce mistral si renommé, traverse la Méditerranée, et nous le retrouvons sur toute la région côtière de la France d'Afrique, en Algérie, en Tunisie, de Nemours à Bône, de Bizerte à Hamman-Lif.

Nous pouvons donc sans aller bien loin nous procurer toute la gamme des climats marins, depuis le plus excitant jusqu'au tonique pur et au calmant.

C'est pourquoi le choix de la côte ne doit pas être abandonné aux familles par le médecin. Celui-ci est tenu de marquer l'endroit préférable, et cette désignation a son importance, car faute d'elle on peut rendre inefficace ou dangereuse une cure qui, faite ailleurs, aurait amené les plus salutaires effets.

Il va sans dire qu'on interdira certaines régions maritimes, dont l'insalubrité notoire doit tenir éloignés les malades, sinon les bien portants.

Indications thérapeutiques. — Le séjour au bord de la mer convient admirablement aux adolescents affaiblis par une croissance subite, aux anémiques, aux chlorotiques, aux scrofulo-tuberculeux, sans manifestations externes; aux enfants atteints de tumeurs adénoïdes du pharynx, aux rachitiques, aux enfants de souche tuberculeuse. Les tuberculeux confirmés ne pourront bénéficier du même traitement qu'autant que leur maladie présentera la forme torpide, sans tendance aux congestions ni aux hémoptysies. Du reste, pour ceux-là on pourra réserver le rivage occidental de la France, l'Algérie, la côte méridionale.

On défendra la mer d'une façon absolue aux épileptiques, aux hystériques; les enfants irritables, les enfants trop débiles, trop jeunes, les sujets atteints d'eczéma, de blépharite, ont été englobés dans le même ostracisme. On pourra, cependant, leur permettre de séjourner sur les plages moyennement excitantes. On voit qu'avec un discernement judicieux on pourrait restreindre de plus en plus les contre-indications; il suffirait d'assigner à chaque cas particulier le lieu qui lui convient.

Hygiène marine. — Lorsque le médecin a pesé l'indication du séjour côtier et des bains de mer, sa tâche n'est pas finie; il doit fournir des indications précises sur la manière d'utiliser l'air et l'eau. Dès l'aurore jusqu'au soir, l'enfant doit être dehors en plein air, tout le temps qu'on lui fait perdre est du temps qu'on lui vole au point de vue du bénéfice à retirer du séjour au bord de la mer. Heureux ces nomades africains qui plantent leur tente où bon leur semble, près du rivage ou sur les rives de ces sebkhras, grands lacs salés, qui sont autant de petites mers !

Parfois, il faudra, à l'arrivée de l'enfant au bord de la mer, lui ménager la transition entre le climat qu'il quitte et celui qu'il vient d'adopter. Les premiers jours pourront être passés sur les terres ou seulement en partie au rivage.

De même, pour les bains, on devra souvent les éviter pendant quelques jours ou recourir aux bains de mer chauds, qui facilitent l'accoutumance et dont M. A. Monteuis (de Dunkerque) signale les services.

Toute pratique hydrothérapique, pour être salutaire, doit être suivie de réaction, il doit en être de même pour le bain de mer. Aussi, tous les auteurs sont-ils unanimes à recommander de le prendre de courte durée, de se mettre à l'eau vivement, sans attendre qu'on soit refroidi, de s'y donner du mouvement, de se retirer au bout de cinq minutes, de se frotter vigoureusement en s'essuyant et de faire immédiatement de l'exercice. Le bain de pieds chaud est un pis aller et un mauvais expédient pour amener la réaction. L'enfant complètemont nu profite bien mieux du bain ; le costume n'est qu'un préjugé social auquel le jeune âge n'est pas tenu d obéir.

Un seul bain par jour, d'une durée de 5 minutes, suffit amplement. Il y a tout avantage à le prendre à marée montante.

Le nouveau mode d'existence comporte aussi des prescriptions hygiéniques de premier ordre, à moins du besoin bien rare d'une excitation énorme ; on devra bannir du régime tout ce qui pourrait augmenter cette excitation ; on recommandera une alimentation douce, pas d'épices, peu ou pas de vin, de café, de thé, de liqueurs. On ne satisfera pas entièrement l'appétit vorace des enfants, sous peine de provoquer quelques troubles digestifs, dont le plus fréquent est la constipation. Il faudra veiller, de ce côté, pour n'avoir pas à médicamenter, car au bord de la mer on doit restreindre les drogues. L'eau de mer remplira elle même l'indication d'un laxatif. On lui reproche de donner un peu de coliques, mais la coupe est si près des lèvres qu'on est bien tenté d'y boire, malgré son amertume.

Il va de soi que, dans les régions dont les matinées et les soirées sont fraîches, l'enfant sera garanti contre ces intempéries, mais pas outre mesure; l'aguerrissement est une sauve garde qui n'est pas à dédaigner. Et maintenant, avec ce petit bagage de recommandations, envoyez les enfants à la mer.

Dr H. Gillet.

Digitized by Google

REVUE DES LIVRES

L'inhalation d'Allevard, ses prétendus dangers, par M. le Dr A. Niepce (fils) Saint-Raphaël, 1890, Châlons.

L'invention de cette méthode thérapeutique est l'œuvre de M. Niepce père. C'est en sa faveur que notre estimé confrère vient plaider une cause qui paraissait depuis longtemps gagnée contre des rivalités commerciales, je le crains, et non scientifiques.

M. Niepce démontre donc que les inhalations d'Allevard agissent doublement par leur gaz hydrogène sulfuré et par leur acide carbonique.

Par l'hydrogène sulfuré, elles modifient les surfaces des muqueuses respiratoires et déterminent un amendement dans les symptômes, toujours suivi de soulagement et souvent de guérison.

Par l'acide carbonique et l'azote, elles diminuent notablement la dyspnée chez les phtisiques, les asthmatiques et les emphysémateux.

Ces inhalations sont sans danger, ne peuvent guère donner lieu à la contagion de la tuberculose et, autre avantage, peuvent être facilement dosées.

Cette brochure a pour objet de le prouver, et on ne saurait nier la valeur des arguments au moyen desquels M. Niepce motive son opinion.

Ch. E.

Manuel du candidat aux divers grades et emplois de médecin et de pharmacien de la réserve et de l'armée territoriale, par M le Dr Bouloumié. (Paris, 1890. Société d'Editions scientifiques.)

Ce petit livre est le résumé complet des leçons fort intéressantes et très pratiques que notre confrère distingué a professées durant l'hiver dernier à la Société de l'Union des Femmes de France.

Il comprend trois parties. La première traite de l'organisation du service de santé, organisation de l'armée, recrutement, état des officiers, administration. La seconde a pour objet le fonctionnement du service de santé militaire : service intérieur au régiment, dans les garnisons, dans les hôpitaux, et le fonctionnement du service de santé en campagne. Enfin, la troisième et dernière partie a pour objet de donner des notions sur l'hygiène militaire, la chirurgie de guerre, les maladies simulées, les maladies des armées.

M. Bouloumié a donné le nom de manuel à ce volume. Soit. C'est un manuel pour les aspirants à l'examen pour le grade de médecin major. C'est, de plus, un compendium très complet, très méthodique, et, somme toute, très précieux pour tous ceux qui, de près ou de loin, ont, comme médecins ou pharmaciens, des obligations militaires à remplir. C'est donc un bon livre et on doit remercier notre confrère de l'avoir rédigé.

Ch. Eloy.

Formulaire de thérapeutique appliquée, par M. le Dr A. Ferrand. (Paris, Lecrosnier et Babé, 1890).

Ce livre diffère des formulaires ordinaires en ce que les médicaments y sont rangés non par ordre alphabétique, mais suivant leurs propriétés physiologiques et leurs indications thérapeutiques. Le praticien trouvera donc réunis dans un même groupe les agents et les formes médicamenteuses qu'il convient d'employer pour répondre à une indication précise. Une place a été réservée aux médicaments nouveaux, à ceux qui ont fait leurs preuves et méritent d'être conservés.

M. Ferrand a comblé cette lacune, qui existe dans des ouvrages semblables, par un choix judicieux et son livre dispensera le lecteur de chercher dans les publications spéciales les renseignements dont il a besoin.

Nous ne saurions terminer sans répéter les paroles de M. Peter : « Logique, savoir, bon esprit médical, c'est ce que nous pouvons dire de mieux du livre de M. Ferrand ».

Dr H. Marciguy.

TRAVAUX ORIGINAUX

Recherches sur le traitement de la pneumonie par la chaleur élevée

Par le Dr M P. Papadopoulos
Médecin militaire d'Athènes.

I. On est maintenant définitivement fixé sur l'origine microbienne de la pneumonie, et sur le rôle important que les *diplococcus lanceolatus* de Talamon et Fraenkel jouent, dans sa genèse, à la suite d'une impression soudaine du système nerveux, conséquence habituelle d'un coup de froid ; ce qui supprime le phagocytisme, ce défenseur normal de l'organisme, suivant les explications de Metchikoff. Cependant la thérapeutique de cette maladie reste stationnaire : on continue à en laisser les agents pathogènes évoluer à loisir quand on ne les favorise même pas par un traitement symptomatique inopportun. Je me demande pourquoi personne, jusqu'à présent, n'a essayé de les combattre par un traitement rationnel, en leur opposant, c'est-à-dire, un agent physique qui, depuis longtemps, a fait, par le procédé de Tyndall, la preuve expérimentale, de sa puissance contre tous les microbes et surtout contre les pneumocoques. Je veux dire la chaleur.

En effet des expériences *in vitro* ont prouvé, dans les observations de Fraenkel, que la chaleur à 38°—40° affaiblit la virulence des pneumocoques et qu à partir de ce degré elle la détruit complètement. S'il en est ainsi dans un milieu *inerte*, à plus juste raison nous devons admettre qu'il en est de même dans le milieu vivant, c'est à-dire dans l'organisme dont l'action bactéricide concoure au même but dans une certaine mesure.

Est ce que la guérison spontanée de la pneumonie, aussitôt après l'hyperthermie, n'est pas une preuve de ce rôle de la chaleur? Puisque l'organisme lui même combat aussi les éléments morbides, pour sa propre guérison — comme Hippocrate l'avait prédit — ne serait-il pas rationnel d'aider la chaleur animale par un agent semblable : la chaleur artificielle? C'est ainsi que les résultats satisfaisants, qu'on obtient par le traitement de Todd, seraient attribuables à l'exagération instantanée de la chaleur animale, par la combustion des éléments hydrocarbonés qui contient l'alcool? Dès lors, nous possédons un moyen thérapeutique, efficace dans l'emploi d'une haute température interrompue obtenue par le surchauffage de la chambre à un degré convenable : 38 à 41 degrés. Les observations de Davy, Martin, Claude Bernard montrent que cette température est supportable.

II. Or, pour mettre en évidence l'efficacité de la chaleur, je viens de procéder aux expériences suivantes :

J'ai pris *neuf* souris adultes et à chacune d'elles j'ai injecté, quinze millimètres cubes du liquide de cultures pures de pneumococcus, récemment préparées au bouillon de bœuf. J'ai mis *cinq* de ces souris dans l'étuve

Digitized by Google

d'Arsonval, préalablement, chauffée à un certain degré, comme je vais indiquer tout à l'heure.

Les *quatre* autres ont été abandonnées au dehors de l'étuve et à la température ordinaire.

Un thermomètre placé dans l'intérieur de l'étuve indiquait sa température, que j'élevais trois ou quatre fois par jour, durant une demi-heure ou une heure, entre 40° et 41°. Aux autres moments je la maintenais entre 30° et 38° degrés. La ventilation s'effectuait par le ventilateur ordinaire de l'étuve et, de temps en temps, par un léger entrebaillement de sa porte.

Voici les résultats de cette première série d'expériences.

Les quatre souris témoins ont succombé dans les six ou douze premières heures. J ai constaté par le microscope la présence de pneumocoques abondants.

Les cinq autres, qui ont été placées dans l'étuve chauffée, ont vécu. Une tumeur, de la grosseur d'un pois, parut à l'endroit de l'injection et disparut après six à huit jours, et les souris ont survécu.

J ai procédé à une nouvelle série d'expériences : j'ai pris *cinq* souris très jeunes et je leur injectai au niveau de la queue la même quantité de culture qu'à celle de la première série, à savoir 15 millimètres cubes. Deux de ces petites souris ont été placées dans la même étuve, aux mêmes conditions que les précédentes. Les trois autres ont été abandonnées au dehors de l'étuve.

Ces dernières sont mortes dans les deux à trois premières heures.

Les deux autres, quoique faibles, ont vécu dans l étuve pendant quarante-deux heures.

En résumé :

1° Que *sept* souris d'un âge différent ayant été inoculées par la même dose (15 m. c.) des cultures de pneumocoques et exposées à une température ordinaire, succombent dans un intervalle de deux à douze heures;

2° Des *sept* autres inoculées avec une dose égale de cultures, mais exposées dans l'étuve à une chaleur élevée : les plus jeunes ont vécu environ deux jours et les cinq adultes plus longtemps.

III En dehors de ces expériences, j'ai appliqué la chaleur au traitement même des pneumonies, il y a deux ans (Voir *Galien*, n° 2, 13 janvier 1890).

Voici les faits cliniques qui m'ont fait soupçonner la valeur de ce moyen thérapeutique.

Il y a deux ans, j'étais à *Malakarre* — village situé sur un des sommets du mont *Pindus* — en qualité de directeur d'un dispensaire militaire J'eus l'occasion d'y traiter une vingtaine d'habitants attaqués de pneumonie lobaire. L'hiver venait d'y faire une apparition brusque et prématurée, d'où une épidémie d'un caractère grave; l'hépatisation envahissait, dans bon nombre de cas, la plus grande partie du poumon. Il y a eu même trois cas où la pneumonie, dès le début, fut double. Dans deux autres, elle apparut au sommet du poumon.

Je recommandais, les traitements symptomatiques usuels. Mais, les paysans faisaient un grand feu dans leur logis : le thermomètre indiquait souvent 38° ; a 41° de temps en temps même les malades s'approchaient si près du foyer que plusieurs d'eux portaient des brûlures superficielles. D'autres — dix environ — n'ayant point demandé les recours medicaux n'opposaient que ce moyen unique à leur maladie.

Je faisais tout mon possible pour les empêcher d'agir ainsi, mais en vain. Ces paysans savaient, me disaient-ils, par tradition, que la chaleur élevée guérit constamment la *pounia* (comme ils appelaient la pneumonie).

Et en effet, les résultats justifièrent cette opinion populaire. Ces pneumonies graves se terminerent par la guérison complète. Sauf celle d'une vieille femme, âgée de quatre-vingt-cinq ans, qui succomba, épuisée, par une bronchite chronique.

Ce sont donc les faits cliniques qui m'ont engagé à appliquer la température élevée, contre la pneumonie.

Les cas que j'ai eu depuis à soigner sont au nombre de douze, dont l'un pneumonie double. Le maximum de la température artificielle etait porté pendant deux heures, deux fois par jour, à 40° et 41°, et obtenu par le surchauffage de la chambre, au moyen d'un feu de poêle. Pour tout le reste du temps, j'ai entretenu une chaleur, qui variait entre les 38° 30°.

Voici le résumé de nos observations.

En général le *cycle* de la maladie s'accomplissait plus tôt : la fièvre, qui, dès le début se montait à 39° et atteignait rapidement le 40° et quelquefois même le 41°, tombait dans un intervalle des trois ou six jours Dans un seul cas elle a disparu le neuvième jour. Des sueurs très profuses annonçaient *la crise*. Trois ou quatre jours après, l'élimination s'achevait

Dans un cas seulement la guérison s'est accomplie par *lysis*, et a traîné jusqu'au quatorzième jour.

La douleur de côté diminuait et disparaissait rapidement. Dans peu de cas je fus obligé d'appliquer des ventouses scarifiées, ou de faire une injection de morphine pour atténuer cette douleur.

La respiration devenait un peu plus ample et l'inspiration plus profonde. La toux et l'expectoration étaient moins pénibles.

Le pouls devenait quelquefois plus fréquent (120°-140°) et sa petitesse et faiblesse s'accentuaient; mais une infusion légère de digitale suffisait pour le relever.

La peau se conservait humide et la langue molle.

Les malades n'étaient pas agités; au contraire même, cette chaleur était souvent agréable.

Ce qui attira surtout mon attention est que l'hépatisation ne s'étendit dans aucun cas au delà de la région qu'elle avait atteinte avant le traitement. Il n'y a eu qu'une seule recidive, pendant laquelle l'autre poumon fut pris, aussitôt apres *la crise* de la première attaque. Mais ici (et je signale le cas comme digne d'attention), ce fut le seul malade qui, se soustrayant à la chaleur brusquement, sortit quand la terre était couverte de neige. Cette récidive est la conséquence de cette imprudence et non pas du simple hasard.

Aucune complication n'a été observée dans ces cas; pas même la *pleurésie métapneumonique*, qui ordinairement, est si fréquente. Dans deux cas seulement, j'en ai constaté quelques signes, qui disparurent bien vite.

Ce sont donc les observations cliniques et les expériences, dont il a été question plus haut, qui m'ont amené à attirer l attention sur l'efficacité de la chaleur contre la pneumonie.

Je crois pouvoir espérer que des études approfondies démontreront son efficacité contre d'autres maladies microbiennes. On a commencé même déjà à l'appliquer, comme on sait bien, avec beaucoup de succès, contre la *tuberculose locale*, à la clinique chirurgicale de M. Verneuil.

Depuis des temps immémoriaux et avec beaucoup plus de succès, le peuple hellenique l'emploie contre d autres maladies parasitaires. Dans l'*érysipèle*, (dont le *streptocoque* ne résiste pas à la chaleur), on approche contre les plaques érysipélateuses un fer à repasser bien chauffé. Pour la guérison aussi du *panaris*, on plonge le membre souffrant, dans l'eau bouillante.

J'espère donc que des observations ultérieures démontreront que la chaleur peut rendre d'utiles services à la médecine comme moyen thérapeutique contre les maladies à microbes.

Digitized by Google

FORMULAIRE DU PRATICIEN

CHIRURGIE

I. **Traitement des ulcères par l'eau chaude.** — Ce traitement, recommandé par M. Bouilly et d'autres chirurgiens, consiste à employer *l'eau très chaude.*

1° *Bains locaux.* — Pour les régions susceptibles d'être immergées dans un vase, on plonge les membres dans un bain tiède dont on élève progressivement la température jusqu'à 50 et 55 degrés par l'addition successive d'eau chaude.

2° *Compresses d'eau chaude.* — Applicables sur les régions que l'on ne peut immerger dans l'eau, elles consistent en compresses de tarlatane pliées en plusieurs doubles et imbibées d'eau de 50 ou 55 degrés. On les applique sur l'ulcère pendant un quart d'heure et on les renouvelle plusieurs fois quotidiennement.

On termine par l'enroulement, autour du membre, de la bande élastique.

Il est utile de combiner ce traitement avec l'emploi d'un pansement à l'iodoforme ou bien, selon une formule préconisée par M. Jules Simon, avec la poudre ainsi composée:

Charbon purement pulvérisé. .	ãã 5 grammes.
Quinquina gris pulvérisé. . . .	
Iodoforme	

On termine par un pansement ouaté et l'application d'un bandage compressif. Enfin, il est bon quand l'ulcère siége sur les membres, de placer ceux-ci dans l'immobilité et l'élévation.

DERMATOLOGIE

II. **Un traitement des verrues.** — Ce traitement est à la fois escharotique et antiseptique. Dans ce but, M. Vidal fait usage de l'acide salicylique et M. Koposi, du mercure.

Le *collodion salicylique* a pour formule :

Acide salicylique. . . .	ãã 1 gramme.
Alcool à 90°.	
Ether	2 gr. 50 centigr.
Collodion	5 grammes.

Quotidiennement on enduit la surface de la verrue d'une couche de ce collodion.

M. Kaposi pratique chaque jour le badigeonnage de la verrue et des tissus adjacents à sa base avec une brosse imbibée du *collodion mercuriel*

Bichlorure de mercure. .	1 partie.
Collodion élastique . . .	30 parties.

S. R.

REVUE DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

I. **Le projet de loi sur les Universités régionales.** — *Autonomie partielle des Universités. Les diplômes à l'usage des étrangers.* — II **Une lettre du doyen de la Faculté de Lille.**

I. — **Le projet de loi sur les Universités.** — Le sort en est jeté : le projet ministériel a vu le jour et le Sénat en est saisi.

Son débat devant le Parlement ne viendra probablement qu'à une échéance plus ou moins longue. Dès à présent, cependant, on peut sans témérité reconnaître quelques courants dans l'opinion

En premier lieu, prêtons l'oreille aux partisans du *statu quo.* Il y en a. « Ce projet, disent ils, est excessif, » trouble profondément nos habitudes universitaires et » porte atteinte à notre génie national. C'est une révo- » lution, nous n'en voulons pas

J'enregistre ces paroles, le moment viendra de les apprécier.

Voici, maintenant, ceux qui espéraient mieux et veulent plus. Pour eux, le projet actuel est insuffisant. « C'est une déception, ajoutent-ils, et ils feront tous » leurs efforts pour le rendre plus complet. » Une révolution universitaire ne les effraye pas.

Enfin, troisième opinion. C'est celle que les gens les plus étrangers à l'Université, semblent partager le plus volontiers. « Il faut faire quelque chose, disent-ils, il faut » sortir de l'ornière Faute de mieux, comme le pro- » verbe le dit, on doit bien se contenter avec ce que » l'on peut obtenir. »

En fait le problème est grave. C'est pourquoi, avant de discuter sur les moyens de le résoudre, il convient de savoir où l'on va et où l'on veut aller.

Oui ou non ! y a-t-il urgence d'affranchir partiellement les Facultés de la tutelle administrative ? Oui ou non, est-il utile de concentrer l'enseignement dans quelques foyers scientifiques et de donner à chacun de ces foyers une vie et une âme ? Oui ou non, ces réformes sont-elles conformes à notre génie national et de nature à rendre à nos Facultés l'éclat qui leur manque et d'arrêter leur décadence ?

Dans la négative, il faut rejeter tout projet de réforme, celui-ci comme les autres. Dans l'affirmative, il faut en accepter le principe, tout au moins et, après cela, formuler, s'il y a lieu, des amendements.

Voilà donc la question de principe : elle est posée et contenue dans les trois premiers articles du projet de loi :

Art. 1er. — Les Universités sont des établissements publics d'enseignement supérieur ayant pour objet l'enseignement et la culture de l'ensemble des sciences. Elles sont personnes civiles et portent le nom des villes où elles siègent.

Art 2. — Toute Université doit comprendre au moins les quatre Facultés du droit, des lettres, de la médecine et des sciences. Il peut y être rattaché d'autres établissements d'enseignement supérieur ressortissant au ministère de l'instruction publique ou à d'autres ministères.

Art 3. — Chaque Université sera instituée par un décret rendu en conseil d'Etat, après avis du conseil supérieur de l'instruction publique.

Ces premiers articles, on le voit, accordent aux Universités la *personnalité civile*, le droit de posséder et la gestion de leurs revenus. Ils renferment, en les complétant, les décrets qui depuis quelques années préparaient la réforme actuelle.

Ces droits ne sont point excessifs, les Universités étrangères les possèdent.

Quelle sera la situation de ces Universités au point de vue de *l'enseignement* ?

Digitized by Google

Art. 5. Chaque université est administrée, sous l'autorité du ministre de l'instruction publique, par le recteur de l'Académie. Le recteur exerce vis-à-vis de l'Université les pouvoirs qu'il tient, en matière d'enseignement supérieur, des lois et règlements. Il exécute les décisions prises par le conseil de l'Université, dans la limite de ses pouvoirs, conformément aux dispositions de la présente loi.

Art. 6. Il est institué, dans chaque Université, un conseil de l'Université, composé ainsi qu'il suit : le recteur, président ; les doyens des Facultés et, s'il y a lieu, le directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie ; deux professeurs titulaires de chaque Faculté, et, s'il y a lieu, de l'Ecole supérieure de pharmacie, élus pour trois ans par l'assemblée des professeurs titulaires, chargés de cours, maîtres de conférences, chefs des travaux pratiques de chacun de ces établissements, pourvus du grade de docteur.

Art. 7. Le conseil de l'Université statue définitivement sur l'acceptation ou le refus des dons et legs faits à l'Université sur les offres de subventions faites à l'Université par les départements, les communes, les associations et les particuliers. Il arrête, après avis de chaque Faculté ou Ecole, le tableau général des cours, conférences et exercices pratiques. Il veille à ce que ces divers enseignements comprennent ceux qui sont nécessaires pour l'obtention des grades prévus par les lois et règlements. Il arrête l'organisation des groupes d'enseignement communs à plusieurs Facultés. Il fait les règlements des cours libres. Il fait, sous réserve de l'approbation ministérielle, les règlements relatifs au mode de nomination des auxiliaires de l'enseignement. Il donne son avis sur les créations et les transformations de chaires. Il exerce, en ce qui concerne l'enseignement supérieur public et libre, les attributions contentieuses et disciplinaires conférées au conseil académique par les lois du 15 mars 1850 et du 27 février 1880.

Les Facultés d'abord et les Universités ensuite, demeureront donc souveraines maîtresses de leur enseignement, à condition de remplir le minimum des matières imposées par le programme des examens. C'est là une liberté qui est chère aux titulaires de chaires officielles et qui diffère, à coup sûr, de l'obligation où ils se trouvaient naguère de soumettre au ministre le programme de leurs cours.

Le recteur représente l'Etat. Est-ce bien là, dira-t-on, l'autonomie ? On pourra répondre cependant que si ce fonctionnaire est nommé par l'Etat, il est aussi responsable de son administration vis-à-vis de l'Université et de son Conseil dont il devient l'agent.

L'article 8 soulève la question plus grave de la *collation* de diplômes particuliers par les Universités.

Art. 8. En outre des grades prévus par les lois et règlements, les universités peuvent délivrer des diplômes particuliers et des certificats d'études.

Les tarifs des droits afférents à ces diplômes et certificats et aux études qui y conduisent sont fixés par décrets rendus en la forme des règlements d'administration publique, après avis du conseil de l'Université.

Par cette disposition, on espère arrêter le mouvement des étrangers vers les Universités autrichiennes et allemandes qui les attirent de plus en plus, et où ils se rendent, on doit bien l'avouer, de préférence aux Facultés françaises. Est-ce là une mesure suffisante pour ramener vers la France ceux qui s'en éloignent ? Est-ce un diplôme que des étudiants et les médecins étrangers viennent demander aux Facultés françaises? Sera-ce surtout un de ces diplômes particuliers, que l'on propose de créer? Non ; à coup sûr, ce qu'ils cherchent, c'est un enseignement qu'ils ne pourraient trouver dans leur pays : ce sont des laboratoires, des cliniques et des cours spéciaux, payants ou non, mais où on leur délivre une *instruction réellement pratique*. Ils les trouvent à Vienne et ils y vont. Qu'on les leur donne, meilleurs et plus complets, dans nos Facultés françaises et ils en retrouveront le chemin.

Il ne s'agit donc point d'une question de grades ou de diplômes : mais d'une question d'enseignement. Le prestige d'une Faculté ne dépend pas, je pense, des diplômes qu'elle confère ou peut délivrer, mais de l'enseignement qu'elle distribue. C'est une vérité de M. de la Palice ; elle est sans doute trop banale pour l'exprimer dans un projet ministériel.

La *nomination des professeurs* appartient toujours à l'État. Le législateur a-t-il voulu prévenir, en partie, les effets du népotisme et le danger des coteries universitaires dont les exemples ne sont inconnus ni en France, ni en Allemagne, ni ailleurs? De ce côté des Vosges, on commence à redouter — c'est fort heureux, — les résultats fâcheux de l'intervention des hommes politiques dans le choix des professeurs. Là bas, au delà du Rhin, on n'ignore plus les inconvénients, des familles et des féodalités universitaires dont les Facultés deviennent les fiefs héréditaires.

Espérons qu'au cours des débats parlementaires un orateur se trouvera pour signaler ce péril et réclamer des garanties plus complètes contre les abus. C'est urgent.

Les articles 9 et 10 fixent ce mode de présentation et de nomination des professeurs :

Art. 9. Les professeurs titulaires sont nommés par décrets rendus sur la proposition du ministre de l'instruction publique, après présentations du conseil de la Faculté où la vacance s'est produite, du conseil de l'Université et de la section permanente du conseil supérieur de l'Instruction publique.

Art. 10. Nul ne peut être nommé professeur titulaire s'il n'est docteur de l'une ou l'autre Faculté, ou membre ou correspondant de l'Institut, s'il n'est âgé de trente ans et s'il ne justifie d'un stage de deux ans d'enseignement dans un établissement public d'enseignement supérieur.

Toute nomination serait précédée d'une triple présentation : 1° par la Faculté ; 2° par l'Université ; 3° par la Section permanente du conseil de l'Instruction publique. Plus d'arbitraire ministériel, soit ! Evitera-t-on pour cela les délits dont l'esprit de coterie est si souvent coutumier ? Encore un point à discuter.

Inutile de reproduire l'article 12, relatif à la gestion, aux revenus financiers et à la comptabilité des Universités. C'est affaire d'administration. Inutile aussi d'insister sur le titre II, qui, transitoirement, règle les droits des Conseils généraux des Facultés, dans les Académies où ces Facultés ne sont point constituées en Universités, les attributions respectives des Conseils académiques et Conseils des Universités.

Et maintenant, à ceux qui demandent si l'enseignement de la médecine doit bénéficier de cette nouvelle organisation, on pourrait répondre : calmez votre impatience. Tel est l'état de la question soumise actuellement aux assemblées parlementaires. Le débat promet d'être

Digitized by Google

vif, et ne viendra pas avant quelque temps d'ailleurs.

Nous y reviendrons donc, nous discuterons aussi et nous chercherons si nos Facultés peuvent ou doivent en tirer profit. A chaque jour sa tâche.

Pour ne pas être de clinique ou de thérapeutique, ce problème intéresse, en effet, tous les praticiens et tous les bons patriotes.

II. **Une lettre du doyen de la Faculté de Lille.** — On a vu dans notre dernier numéro, que M. Richet, professeur de physiologie à la Faculté de Paris, avait, touchant témoignage de sollicitude pour la jeune Faculté lilloise, demandé la suppression de cette institution, se fondant sur le petit nombre des étudiants qui fréquentent ses cours

L'argument était malheureux : M. Richet consentait à conserver Nancy Quelle faveur pour Nancy ! mais il supprimait Lille. A cela, le très honoré doyen de la Faculté de Lille, notre sympathique confrère M. Folet, vient d'adresser, au physiologiste parisien, une lettre dont nous recevons communication et dont voici un extrait :

La Faculté de Nancy, écrit M. Folet, comptait à la fin de l'année 1888-1889, 165 élèves en cours d'inscriptions ou d'examens (y compris le contingent assez nombreux d'élèves militaires, aujourd'hui disparus), et l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy comptait 55 élèves, soit en tout, pour la Faculté de médecine et l'Ecole de pharmacie, 220 élèves.

A la même époque, la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille possédait 227 étudiants en médecine en cours d'inscriptions ou d'examens (parmi lesquels figuraient seulement 2 élèves militaires) et 193 étudiants en pharmacie, soit au total 420 élèves.

Si d'autre part, on considère notre chiffre d'élèves en valeur absolue, on ne saurait nier, ce semble, que notre population d'étudiants ne fût largement suffisante pour assurer le fonctionnement normal d'une Faculté. Nombre des Facultés étrangères en ont à peine davantage ; le plus souvent elles en ont moins. Ainsi, si nous mettons à part les grandes Universités, telles que Berlin, Leipzig ou Munich, nous voyons qu'en ce qui concerne le nombre des élèves, la Faculté de médecine de Lille est loin d'être parmi les dernières. Elle vient aussitôt après celle de Gratz, qui compte 590 élèves (médecins et pharmaciens), et elle laisse derrière elle : Greifswald (377 élèves), Breslau (353), Strasbourg (353), Bonn (343), Erlanger (340), Fribourg-en-Brisgau (327), Heidelberg (284), Halle (284), Zurich (276), Kœnigsberg (258), Kiel (241), Tubingen (232), Marburg (231), Iéna (216), Gœttingen (211), Genève (186), Giessen (158), Rostock (145) et Bâle (128).

J'ajouterai qu'au cas improbable où l'on viendrait à supprimer la Faculté de médecine de Lille, ses 420 élèves passeraient les uns à la Faculté catholique de Lille, tandis que les autres s'en iraient grossir encore le contingent déjà démesuré de la Faculté de médecine de Paris.

Serait-ce là ce résultat que M. Richet espère obtenir de cette campagne ? Dans l'affirmative, pourquoi ne pas le dire ? Au moins les Lillois seraient édifiés sur les intentions bienveillantes de ceux qui rêvent encore à l'heure actuelle le monopole de l'enseignement pour quelques institutions seulement et surtout au profit de quelques-uns.

CH. ELOY.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES
DE L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE : **Société de médecine de Berlin** (7 juillet 1890). I. *Etiologie et traitement du tétanos.* — ANGLETERRE. **Société ophtalmologique de Londres** (4 juillet 1890). II. *Traitement opératoire des plaies de la sclérotique* III. *Un cas de tétanos céphalique.* — SUISSE : **Société vaudoise de médecine** (5 juin 1890). IV. *Les oreillons des glandes lacrymales.*

I. **Etiologie et traitement du tétanos** — Une importante communication de M. RENVERS, à la Société de médecine interne, a mentionné avec des détails fort précis, trois observations de tétanos, du service de M. Leyden.

Coïncidence remarquable, trois cas ont été notés pendant la même semaine, deux à la suite de traumatismes des membres (main chez une femme, plante du pied chez un homme), un autre à la suite d'une petite blessure de la région dorsale. Deux malades guérirent, un succomba.

On trouva dans la plaie des éclats de bois qui servirent à des expériences. Introduits sous la peau d'une souris ils provoquèrent, en douze heures, des convulsions tétaniques et la mort après quarante-huit heures.

Inoculés au lapin, les tissus de la souris provoquèrent aussi des convulsions tétaniformes, mais seulement après cinq jours. Enfin, inoculé au chien, le pus du lapin amena les mêmes accidents, dans un délai plus long.

On examina le pus. Il contenait le bacille de Nicolaier. Celui ci fut cultivé et les cultures étaient virulentes Ces faits témoignent nettement en faveur de l'étiologie et de la contagion parasitaire du tétanos. De plus, ils ont permis de formuler d'autres remarques fort utiles au point de vue pratique.

L'iodoforme rend d'incontestables services thérapeutiques ; mais pour les obtenir il faut l'employer par la méthode suivante :

1° Débrider largement la plaie et enlever les corps étrangers qui l'irritent ;

2° Après un nettoyage antiseptique aussi complet que possible, on pratique le pansement iodoformé ;

3° Comme traitement interne, il faut placer le blessé dans un repos absolu ; éviter le bruit, supprimer la lumière vive ; en un mot, prévenir toutes les causes extérieures d'excitation. Il est utile de lui administrer à hautes doses la morphine et le chloral.

II. **Traitement opératoire des plaies de la sclérotique.** — Il existe une différence capitale dans le pronostic et le traitement des plaies de l'œil suivant qu'elles intéressent la sclérotique ou bien la cornée.

M. G. A. BERRY (d'Edimbourg) a fixé l'attention de ses collègues de la Société ophtalmologique de Londres, en faisant remarquer que le danger des plaies cornéennes est l'infection et celui des plaies de la sclérotique, l'affrontement défectueux de leurs bords.

Comment éloigner ces périls ? D'abord, en pratiquant l'antisepsie la plus sévère avec les solutions de sublimé ; ensuite, en détachant la conjonctive d'un côté à l'autre de la plaie cornéenne, de façon à convertir « une fracture communicative » en « fracture simple ».

Par contre, il ne faut point suturer directement les bords de la plaie sclérotícale sous peine d'augmenter les risques de complications et parce qu'il est impossible de rendre cette plaie absolument aseptique par les topiques. M. Berry préfère donc décoller une partie de la conjonctive au niveau des bords de la plaie et suturer directement sur cette partie ainsi libérée.

Reste à savoir, ajouterons-nous, si une telle intervention opératoire est de nature à simplifier le traitement et à ne pas aggraver le traumatisme ?

Digitized by Google

III. **Un cas de tétanos céphalique** — Ici, il s'agit d'accidents, assez rares qui se produisirent à la suite d'une plaie pénétrante de l'orbite par une balle. M. Radcliff retira deux esquilles hors de la plaie et la guérison semblait probable quand vers le dixième jour, le malade accusa de la raideur du cou et du côté gauche de la face, et des contractions spasmodiques de cette dernière, du ptosis partiel et total à droite et du trismus incomplet.

On explora la plaie orbitaire, on la désinfecta avec une solution de sublimé, et on constata que ces spasmes convulsifs disparaissaient par l'inhalation du chloroforme.

Au réveil du sommeil chloroformique, ils augmentèrent de nouveau et s'étendirent. Il y eut de l'opisthotonos pendant deux jours; puis les accidents diminuèrent. Plusieurs semaines après l'accident, on constatait encore de la paralysie faciale, du ptosis et de la difficulté pour ouvrir la bouche. Enfin trois mois plus tard, il y avait encore de la difficulté pour ouvrir la paupière gauche et de la diplopie.

A quelle cause attribuer ces phénomènes? M. A. Jakson les considère comme les conséquences d'une paralysie corticale. Cette dernière n'est point exceptionnelle dans le cours du tétanos. C'est une explication qui ne diminue en rien l'intérêt de cette observation

IV. **Les oreillons des glandes lacrymales.** — Cette affection n'est point vulgaire et M. Marc Dufour a pu considérer comme une bonne fortune clinique l'observation du cas suivant. Un jardinier éprouve des petits frissons, une sensation de chaleur, de la soif, de l'agitation et de la fièvre.

Le soir, il accuse du gonflement des paupières inférieures; le lendemain ce gonflement s'est étendu aux paupières supérieures. Les glandes lacrymales présentent le volume d'une noix et une consistance cartilagineuse. Du reste la déformation oculaire est symétrique et bilatérale et la fente palpébrale a une forme triangulaire.

Quatre à cinq jours plus tard, les phénomènes fébriles et le gonflement palpébral avaient disparu. C'est au plus si il existait, derrière le bord sus-orbitaire, une induration pisiforme et rénitente.

Par son début fébrile, sa bilatéralité et sa marche, cette affection possède bien le caractère ourlien. Son apparition coïncide le plus souvent, avec les épidémies classiques d'oreillons et on est autorisé cliniquement à regarder ce gonflement de la glande lacrymale comme une localisation ourlienne.

M. Dufour a voulu vérifier cette hypothèse par l'expérimentation.

Il instilla donc, sur la conjonctive d'un individu atteint d'amaurose, quelles gouttes du mucus conjonctival de ce malade. Les résultats de l'inoculation furent nuls. Il fallait s'y attendre, car jusqu'ici on sait que l'inoculation du liquide parotidien a toujours échoué et que celle du bacille de Peiffer n'a pas été plus heureuse. Faut-il en conclure négativement? Non, à défaut de preuves cliniques on peut raisonner par analogie, et se rappeler que d'autres observateurs, comme Hirschberg (de Berlin), ont signalé des cas semblables. K. D.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 juillet 1890.

Présidence de M. le Dr Nicaise

Traitement des fibromes utérins par l'électricité. — M. Chamionnière a expérimenté pendant deux ans l'électricité dans le traitement de certains corps fibreux. Il reconnaît que, quand ceux-ci, pour une cause quelconque, ne peuvent être opérés, l'électricité est le meilleur des traitements médicaux bien appliquée, c'est-à-dire en l'absence de pyo-salpingite ou ovarite qui sont une contre-médication, elle réussit à supprimer momentanément les métrorrhagies, amène une certaine réduction dans le volume de la tumeur, même quand il s'agit de myome extra-utérin, et permet d'atteindre la période de la ménopause L'inconvénient de ce traitement est qu'il doit être continué pendant plusieurs mois et fréquemment renouvelé.

M. Quenu a traité par les courant continus dix-huit à vingt fibromes utérins, sans le secours d'aucun spécialiste. Il a employé des intensités variant de 80 à 120 milliampères. Chez trois de ses malades, il a eu un succès complet; les métrorrhagies ont complètement disparu sous l'influence du traitement; chez l'une d'elles, la castration avait été impuissante à supprimer les hémorrhagies Chez les autres malades la méthode électrique n'a donné aucun résultat favorable; toutefois, grâce aux précautions antiseptiques, elle n'a pas provoqué d'accident inflammatoire.

La division des fibromes en intra-utérins, interstitiels ou extra-utérins, n'est pas fondée au point de vue de la méthode électrique; elle peut donner des résultats différents dans chacun de ces cas; on ne peut donc se baser sur le siège du fibrome pour dire que l'électricité réussira ou ne réussira pas. Elle ne doit pas être mise en œuvre, quand il existe une lésion des annexes, mais ce diagnostic est quelquefois impossible. L'électricité est indiquée chez les malades pour lesquels le traitement chirurgical ferait courir de trop grands dangers.

Empoisonnement par le chloroforme. — M. Reynier. Les accidents du chloroforme les plus fréquents et les plus graves, d'après M. Dastre, viennent du côté du cœur, soit par excitation du pneumogastrique, soit par intoxication bulbaire et retentissement sur les nerfs du cœur et de la respiration. Pour éviter l'excitation du système modérateur cardiaque, c'est-à-dire du pneumogastrique et de son noyau bulbaire, M. Dastre emploie les injections sous-cutanées d'atropine, qui a la propriété de détruire l'excitabilité des filets cardiaques du nerf vague et de leur noyau bulbaire. Mais l'atropine ne peut être employée seule, elle produit des phénomènes d'excitation excessifs; pour les empêcher, il faut lui associer la morphine. L'association de ces trois médicaments a permis à M. Dastre d'éviter chez les chiens les accidents du chloroforme, beaucoup plus fréquents que chez l'homme De plus, M. Dastre a remarqué qu'il suffisait d'une quantité de chloroforme beaucoup plus faible pour produire le sommeil anesthésique.

Dix minutes avant l'opération il injecte par kilogr. d'animal un centigr. de chlorhydrate de morphine et un milligr. de sulfate d'atropine. On sait que les chiens supportent bien l'atropine, mais une même dose de ce médicament serait toxique chez l'homme. Cette méthode fut essayée en 1883 chez l'homme par M. Aubert, toutefois le chirurgien de Lyon n'injectait une demi-heure avant l'opération qu'un centigr. de morphine et un demi-milligr. d'atropine. Il n'eut qu'à se louer des résultats obtenus qu'il résume ainsi: 1° sécurité; 2° rapidité plus grande avec laquelle on obtient le sommeil; 3° calme absolu du malade; 4° facilité du réveil; 5° simplicité des suites au point de vue des malaises et des vomissements ultérieurs.

Encouragé par ces résultats et par d'autres semblables obtenus avec la même méthode par divers chirurgiens, M. Reynier en a fait aussi l'application chez l'homme. Il a été moins heureux que ses collègues et un accident mortel, qu'il attribue à la méthode nouvelle, lui en a fait interrompre l'emploi.

Il s'agit d'une jeune fille de seize ans, atteinte d'une ostéite tuberculeuse du cuboïde droit. Une demi-heure avant l'opération M. Reynier injecte sous la peau un demi-centigramme de morphine et un quart de milligramme d'atropine La malade est endormie avec le chloroforme, sans présenter ni vomissements, ni excitation, ni aucun phénomène particulier. L'opéra-

Digitized by Google

tion dure dix minutes. On avait dépensé de 20 à 30 grammes de chloroforme.

La malade se réveille un peu sur le lit d'opération, ouvre les yeux, mais ne parle pas. Elle est alors placée sur un brancard, pour être reconduite dans la salle, et dormait encore. Subitement, elle devient livide ; la respiration, très faible, s'est arrêtée ; les battements du cœur sont sourds, la pupille contractée, se dilate brusquement. Cette femme est en état de mort apparente. La tête est renversée en bas, la respiration artificielle pratiquée pendant trois heures ; on emploie de plus, les inhalations d'oxygène, les injections de caféine, l'électricité. Au bout d'une demi-heure, on observe trois faibles respirations spontanées ; le cœur bat encore ; les lèvres se recolorent ; on continue avec ardeur la respiration artificielle. Mais les battements du cœur cessent à leur tour, et la malade meurt, malgré tous les soins qui lui sont prodigués.

A l'autopsie, M. Verneuil ne constata point de lésions du cœur, du foie ou des reins ; il n'existait pas de congestion pulmonaire, mais quelques noyaux tuberculeux aux sommets; le cerveau et le bulbe étaient pâles, anémiés.

Le chloroforme ne renfermait aucune impureté. M. Reynier pense que la mort est survenue par intoxication chloroformique bulbaire ; l'atropine et la morphine n'y auraient pas été étrangères en supprimant la résistance du sujet et en augmentant les chances d'intoxication.

M. Terrier a fait les mêmes recherches avec la morphine et l'atropine avant d'administrer le chloroforme. Les anesthésies ont été différentes suivant les sujets. Chez les hommes, surtout chez les alcooliques, la période d'excitation persiste ; le réveil est brusque dans certains cas. Chez les femmes, l'agitation a souvent manqué. Une jeune femme, opérée de néphrectomie, est morte avec des accidents de cyanose et d'asphyxie une heure dix minutes après la cessation du chloroforme.

M. Monod a employé aussi la méthode de M. Dastre, mais il n'a pas trouvé de différence bien sensible avec l'emploi unique du chloroforme; et il n'a pas continué ses essais.

M. Brun a eu, au contraire, des essais heureux avec cette méthode : sommeil rapide, peu d'excitation, pas de vomissements, réveil rapide.

M. Schwartz emploie depuis longtemps la méthode de M. Labbé, qui consiste à administrer de petites doses d'une manière progressive et continuelle. Il n'a jamais eu les accidents qu'on se propose d'éviter avec la méthode de M. Dastre. 15 à 29 grammes de chloroforme suffisent par heure ; le réveil est rapide.

Elections. — Sont nommés membres correspondants nationaux : MM. Ledru, Lagrange, Bois, Chalot.

Dr Marciguey.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 juillet 1890

Présidence de M. le Dr Dumontpallier

Traitement de la fièvre typhoïde — M. Debove. Plusieurs fois on a tenté d'introduire à Paris les bains froids comme méthode régulière de traitement de la fièvre typhoïde. M. Merklen, dans son rapport, incline à admettre la supériorité de ce traitement. M. Debove est d'un avis contraire.

M. Merklen dit que la fièvre typhoïde non traitée donne une mortalité de 20 0/0. Empruntés à une statistique ancienne ces chiffres sont inexacts. En effet, M. Debove, qui pratique surtout la méthode expectante, a soigné depuis le 1er janvier 1884 dans son service 154 fièvres typhoïdes sur lesquelles il a eu 17 décès, ce qui donne une mortalité de 11 0/0. Etablissant à part la statistique des deux dernières années écoulées, il a eu une mortalité de 9,2 0/0. Or, d'après les chiffres de M. Merklen, la mortalité de la dothiénentérie traitée par les bains froids est de 9.91 0/0. La supériorité de la méthode de Brandt n'apparaît donc pas d'une manière très évidente.

M. Debove ne prescrit aucun traitement à ses typhiques; il leur donne plusieurs litres de lait par jour, surveille avec beaucoup de soin la diurèse, de manière à favoriser par les reins l'élimination du poison typhique.

M. Gerin Rose. La méthode de Brandt est difficile à appliquer dans les hôpitaux, par l'insuffisance du personnel; il ne le prescrit pas d'une manière spéciale. Depuis le 1er janvier 1889 au 1er juillet 1890, il a soigné dans son service 13 femmes et 32 hommes atteints de fièvres typhoïdes confirmées. Il ne fait pas de traitement systématique, mais pratique l'antisepsie de l'intestin avec le salicylate de bismuth et le naphtol, combat la fièvre à l'aide du chlorhydrate de quinine (2 et 2 gr 50 *pro die*) et soutient les forces de ses malades par une médication tonique. Si la température rectale dépasse 39°, il administre par jour 3 à 4 bains à 30° d'une durée de 20 minutes. Comme accidents, il a eu une enterorrhagie, une épistaxis, deux pleurésies, quelques abcès, et trois décès. La mortalité de son service pendant les 13 derniers mois a donc été de 6 2/3 0/0, chiffre inférieur à ceux donnés par M. Merklen pour la même période.

Abcès du foie, méthode de Littre. — M. Laveran. Depuis les travaux de M. Chantemesse, on admet que les abcès du foie, consécutifs à la diarrhée des pays chauds, contiennent un bacille spécial que l'on retrouve dans l'intestin. On a signalé aussi la présence d'ancibes dans le pus. M. Laveran a cherché à vérifier ces faits sur deux malades dont il rapporte l'observation. Un gardien du génie contracte la diarrhée au Tonkin; au bout de plusieurs mois, il est pris de fièvre hectique, rentre en France, et entre dans le service de M. Laveran, porteur d'un abcès du foie. Il est opéré par la méthode de Litre, mais la fièvre continue et cet homme ne tarde pas à succomber. L'autopsie fit voir qu'il existait plusieurs abcès indépendants dans le foie. Le pus, examiné après la ponction et après la mort, ne contenait ni microbes ni ancibes; les cultures restèrent stériles.

Un jeune soldat de 24 ans, chez lequel il s'était formé un abcès au foie, consécutif à la dysenterie de Cochinchine, fut opéré et guéri par la même méthode, c'est-à-dire, par la ponction simple sans injection antiseptique. Le pus ne contenait pas de microbes, ni d'ancibes.

Sécrétion lactée chez les nouveaux-nés. — M. Variot a étudié cette question à l'hôpital des Enfants-Assistés pendant le premier semestre de l'année 1890. La sécrétion lactée n'est pas rare chez les nouveaux-nés des deux sexes, elle s'établit du 8e au 15e jour de la naissance ; la glande mammaire du volume d'une noisette, secrète un liquide blanchâtre, qu'il est facile de faire sourdre par la pression; on peut en extraire ainsi deux ou trois centimètres cubes. Gubler avait déjà reconnu que ce liquide contient tous les principes essentiels du lait. De nouvelles analyses, faites par M. Lecoq, interne en pharmacie du service, ont montré qu'il présentait une analogie complète avec le lait de femme. La durée de cette lactation précoce est en général de plusieurs semaines ; puis la sécrétion diminue graduellement le liquide devient séreux et disparaît ainsi que le gonflement de la glande mammaire. M. Variot a observé des abcès, comme chez la femme, à la suite de cette lactation.

M. Sevestre a également constaté que la lactation était très fréquente chez les jeunes enfants les deux sexes.

La Société entre en vacances et reprendra ses séances le deuxième vendredi d'octobre.

Dr H. Marciguey.

Digitized by Google

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 juillet 1890

Présidence de M. le Dr MOUTARD-MARTIN

Présentations.— M. VERNEUIL fait une communication sur les résultats favorables obtenus par M. le Dr Ciado dans les tuberculoses localisées par les *inhalations chaudes*.

M. le Dr VALOIS (d'Anzin) lit une note sur le *traitement des fractures du crâne*. Il conclut que le pronostic, dans ces fractures doit être réservé, qu'il faut surveiller le malade après sa guérison apparente et que dès qu'il y a des symptômes accentués, il faut trépaner rapidement et rechercher la cause des accidents.

M. SEMMOLA (de Naples), rappelle qu'en 1850 il a montré l'influence de l'alimentation sur l'albuminerie des brightiques.

En 1861, il a démontré que, pour la plupart des cas, la lésion rénale était consécutive à l'albuminurie. Excepté dans les néphrites ascendantes et artérielles, l'albuminurie a son origine dans un état spécial du sang et dans l'excrétion par les reins de substances toxiques.

Il n'y a pas de rapport proportionnel de cause à effet entre les lésions rénales et le degré de l'albuminurie. Cet état dyscrasique spécial des albuminuries du sang est capable de produire une néphrite ; on peut séparer expérimentalement les lesions des reins de l'albuminurie.

Du cannabis indica. — M. G. SÉE continue ses communication. D'après lui, la cannabine agit d'une manière constante pour faire cesser les sensations douloureuses provenant de l'estomac et rétablir l'appétit, dans quelques conditions que la douleur et l'inappétence se produisent. Toutefois, si celles-ci dépendent d'une hyperchlorhydrie, il est indispensable d'aider l'action du connabis par l'administration de hautes doses de bicarbonate de soude, prescrites à la fin de la digestion stomocale, cest-à-dire quatre heures après l'ingestion des aliments

Le cannabis n'a pas d'effet sur les diarrhées et les atonies, excepté peut-être celles de l'estomac. Il agit favorablement sur les spasmes de l'estomac et les vomissements d'ordre neuro-moteur. Il a une action favorable sur l'élimination des gaz par l'estomac et sur les sensations pénibles résultant du gaz de fermentation Le cannabis favorise la digestion quand elle est ralentie par suite d'un état neuro paralytique ou qu'elle est douloureuse par hyperchlorhydrie. Elle ne produit aucun effet dans les anachlorhydries. Elle agit bien sur les vertiges, migraines, insomnies, palpitations, dyspnées résultant de dyspepsie. Elle ne modifie guère les dispositions nerveuses se traduisant par l'hypocondrie, l'hystérie, la neurasthenie.

Elle est le véritable sédatif de l'estomac sans avoir aucun des inconvénients de l'opium, du chloral, du bismuth, du bromure de potassium, de l'antipyrine. Mais elle réclame le concours des autres méthodes curatives : alcalins, purgatifs. Elle exige l'observation des règles du régime alimentaire.

Élections. — Sont nommés membres correspondants étrangers dans la première division : M. le Dr Crocq (de Bruxelles), par 33 voix sur 38 votants ; M. le Dr Kalendero (de Bucharest), par 32 voix sur 36 votants. F. R.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

L'enseignement de la clinique propédénitique. — Notre confrère de la *Gazette Hebdomadaire* (26 juillet 1890), nous apprend un projet de M. Brouardel :

« Personne n'ignore que, de nos jours, les étudiants ne trouvent plus que rarement dans certains hôpitaux et sous la direction de professeurs libres, l'occasion de s'exercer au diagnostic des maladies par la mensuration des organes, l'emploi des appareils enregistreurs, la percussion, l'auscultation, etc. C'est pendant leur première année d'etudes,.... que nos étudiants devraient trouver des moniteurs spéciaux (chefs de clinique, professeurs libres, etc.), prêts à les initier à l'étude de tous les procédés qui permettent au médecin de connaitre scientifiquement l'état physiologique ou anormal des organes et des tissus. »

Très bien : c'est déclarer l'impuissance de notre organisation actuelle à réaliser l'enseignement pratique de la médecine. N'est-ce pas avouer aussi que l'on n'utilise pas suffisamment d'immenses ressources cliniquês et que la création d'une *Ecole pratique de médecine des hôpitaux* serait utile à la Faculté et urgente dans l'intérêt des étudiants ?

Seulement une *Ecole pratique de médecine des hôpitaux* ? Voilà !... C'est gênant !

Les étudiants étrangers et le prestige des Facultés. — On lit dans la *Gazette des Hôpitaux*, du 21 juillet, ces paroles tristement vraies :

C'est s'illusionner que de croire que l'étudiant étranger tienne beaucoup au titre de docteur de France L'antique prestige de nos Facultés médicales a bien baissé à l'étranger. C'est une triste vérité, mais il faut la dire. Il suffit de voyager un peu pour être convaincu. Ce n'est pas pour une vaine étiquette et pour un parchemin que l'étranger vient en Europe ; c'est, nous l'avons dit pour compléter et perfectionner ses études ; c'est pour combler les lacunes de l'enseignement qu'il a reçu chez lui.

L'étranger qui vient dans ces conditions veut, avant tout bien employer le temps qu'il passe en Europe. Il réclame des cours spéciaux et ne demande qu'à payer. Chez nous tout est gratuit, il est vrai ; les hôpitaux, les cliniques, les cours, sont largement et libéralement ouverts Mais le véritable enseignement n'y est pas fait ; l'étudiant étranger n'est pas longtemps à juger des lacunes de notre organisation, et son départ suit de quelques jours son arrivée a Paris. Il dédaigne la gratuité qu'on lui offre et va trouver à l'étranger un enseignement qu'on lui fait payer, mais qui lui est profitable. Il y a à Vienne, par exemple, la moitié des professeurs qui ne vivent que des honoraires de ces auditeurs étrangers. En France, même en payant, l'étranger ne peut trouver ce qu'il désire

Créer un enseignement réel et sérieux pour l'étudiant français, c'est-à-dire bouleverser de fond en comble ce qui existe aujourd'hui et ne pas s'attarder à des demi-mesures, admettre l'étudiant étranger en faisant payer son droit d'assistance aux cours, tel est le seul et l'unique remède.

Est-ce le remède ? De bons esprits le pensent, qui, je l'avoue n'appartiennent pas tous à nos Facultés. C'est peut-être un motif pour ne pas l'appliquer : après tout il est toujours si doux de sommeiller sur l'oreille de la routine, de jouir en paix du *statu quo* et de vivre, de ce que, par un heureux euphémisme, on nomme les droits acquis.

CH. ELOY.

NOUVELLES SANITAIRES

FRANCE ET COLONIES

SÉNÉGAL. — **L'épidémie de Saint-Louis.** — Est-ce la dengue ? Est-ce l'influenza ? La semaine dernière, un télégramme que nous avons reproduit, parlait de l'influenza. Aujourd'hui, d'une lettre que nous recevons, il résulte qu'il s'agit de la dengue.

L'épidémie s'était étendue sur toute la ville ; le 15 juillet, on peut dire que presque tous les Européens avaient été ou étaient atteints. La mortalité n'est point élevée ; mais la morbidité est considérable.

L'insalubrité de Saint-Louis est bien connue. Rues mal en-

Digitized by Google

tretenues, quais malsains; émanations venant du petit bras du fleuve: bref, toutes les conditions favorables au développement des épidémies. Devant l'inertie de l'administration, l'un de nos confrères, M. le Dr Duval, médecin colonial, vient de donner sa démission de conseiller municipal et d'adresser au gouverneur, un mémoire lui signalant les grands dangers auxquels l'indolence administrative ne cherche point à porter remède.

ÉTRANGER

Espagne — L'épidémie de choléra de 1890. — On continue de recevoir, et il serait trop long de les enregistrer, des dépêches officielles et officieuses sur cette épidémie dont, somme toute, la marche est lente. Le nombre des localités contaminées augmente peu et actuellement les foyers d'origine autour de Valence sont toujours ceux où elle semble se concentrer.

Turquie. — **Le choléra de Mésopotamie** — Cette épidémie sévit depuis plusieurs mois. Voici quelques détails sur son origine et son développement. Les premiers cas ont été signalés dans le vilayet de Diarbekir, comme nous l'avons fait connaître, à Erbyl chez les Kurdes puis à Mossoul, Tchelek dans le sandjak de Médine et à Kiva dans celui de Sird.

On a fait grand bruit, et avec raison, de la contamination du *Decrar*, transport affecté à conduire des pèlerins de Bombay aux Lieux saints d'Arabie. Sur 1,200 passagers, il y a eu 7 décès pendant la traversée. L'équipage et les passagers ont été mis en observation à Camaran.

INFORMATIONS

FRANCE

Dijon. — **Une future Université.** Après Toulouse et Poitiers, et les autres, Dijon demande aussi une Université. Les pouvoirs municipaux et les autorités universitaires des Ecoles et des Facultés viennent, paraît-il, de transmettre au Ministre un vœu dans ce sens.

Nantes — **L'Université de l'Ouest.** Ici aussi, même agitation. De grands efforts sont faits auprès du Conseil municipal, du Conseil général pour les décider à de grands sacrifices pécuniaires. On compte, paraît-il, obtenir, en temps utile, la faveur ministérielle.

Encore une Université en gestation. Dans cette voie où s'arrêtera-t-on ?

ÉTRANGER

Belgique. — **L'Institut Pasteur et le Conseil provincial d'Anvers.** — Le *Précurseur d'Anvers* rapporte ainsi un incident de séance au Conseil de cette province. Il s'agissait de subsides à accorder aux victimes des chiens enragés pour les envoyer en traitement à l'Institut parisien de la rue Nitot.

M. Smolderen, parlant, à l'article Hygiène, de la rage, dit que M. Pasteur est un grand savant, qui a fait de belles choses en fait de guérisons de la rage, mais qu'un autre docteur, un autre grand savant, a fait bien d'autres prodiges. C'est .. saint Hubert. . (Explosion d'hilarité sur les bancs d'Anvers.)

C'est donc bien le moins, continue M. Smolderen, qu'à côté de M. Pasteur nous subsidiions aussi saint Hubert et que ce nom soit ajouté au libellé du crédit. (Protestations sur les bancs de la gauche.)

M. Janssens (de Gheel) atteste les miracles de saint Hubert et appuie la motion de M. Smolderen.

M. Delvaux. — C'est une honte ! (Violentes protestations à droite.) C'est une honte. Je demande l'appel nominal.

A droite — Nous le voterons.

M. Delvaux. — Votez-le. Je vous y convie. Mais votez cette proposition absurde avec votre nom à côté, et que chacun porte la responsabilité de ses actes (Bruit et tumulte sur tous les bancs.)

M. le président. — Votons, messieurs !

Le conseil passe au vote, et adopte le subside pour saint Hubert.

Ajoutons, nous dit un correspondant, qu'il y a eu des médecins pour voter cette proposition. Nous nous refusons à le croire. Mais enfin, tout se voit, en Belgique et ailleurs !

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Nominations dans le corps de santé de la marine (activité). — *Au grade de médecin de 2e classe* : MM. les Drs Buisson et Wallerand, médecins auxiliaires de 2e classe.

A l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe : M. le Dr Lecœur.

Les élèves des Ecoles de médecine navale. — Les étudiants en médecine actuellement présents dans les Ecoles de médecine navale de Brest, de Rochefort et de Toulon et liés au service militaire en vertu de l'article 29 de la loi du 15 juillet 1889, seront seuls admis, à compter du 1er novembre 1890, à l'Ecole principale du service de santé de la marine créée par la loi du 10 avril dernier.

En conséquence, il ne sera donné aucune suite aux demandes d'admission à cette Ecole, formées par les étudiants en médecine des Facultés civiles.

L'uniforme des élèves de l'Ecole de santé de la marine. — Un décret fixe ainsi cet uniforme : les élèves porteront, en petite tenue : une casquette, une redingote et un pantalon conforme à ceux qui sont en usage pour les médecins et pharmaciens de la marine. Comme marques distinctives, ils porteront à la casquette un galon d'or, au parement de la redingote, un parement rouge avec galon soie rouge et or pour les médecins; et les mêmes attributs en vert pour les pharmaciens. De plus, ils porteront l'épée sans dragonne et le ceinturon de soie noire.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Penard (de Versailles), Bougier (de Paris); Cugnet, de Jonchery-sur-Vesles; Coulier, ancien pharmacien inspecteur de l'armée; Baudisson, de Quinson.

Le Dr *Baudisson*, dont nous avons le regret d'annoncer le décès, avait acquis depuis de longues années la réputation d'un praticien éclairé, d'un chirurgien habile, d'un clinicien de bon conseil et, ce qui est plus rare, d'un homme de cœur et de devoir.

Depuis trente années, notre confrère regretté était la providence des indigents. Sa sagesse clinique le faisait appeler par ses confrères qui aimaient à solliciter son avis sur les cas difficiles. Il était donc l'un des meilleurs dans cette phalange de praticiens de la province qui, modestement, paisiblement, remplissent leurs devoirs sans fatiguer les trompettes de la Renommée, comme d'autres plus célèbres mais non moins méritants.

Il laisse un fils, médecin-major, et l'un de nos confrères les plus estimés du corps de santé militaire. Nous lui exprimons l'assurance la plus cordiale de nos condoléances et nous espérons qu'une main amie écrira sur la tombe de son père regretté les mots de l'ancien : *Vir bonus, in arte peritus.* Ils ne seront jamais mieux en leur place.

Ch. Eloy.

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE N° 32 6 AOUT 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

COMITÉ DE RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine. — M. le Dr GINGEOT

De la prétendue impuissance thérapeutique de l'iodure de sodium

Dans ces derniers temps, un clinicien célèbre et un physiologiste distingué se sont trouvés d'accord pour dissuader les praticiens de prescrire l'iodure de sodium. Selon ces deux savants, l'iodure de potassium seul mérite la confiance qu'on accorderait indûment au composé sodique. Je ne puis, quant à moi, souscrire à ces idées absolues, et, tout en admettant que l'iodure potassique réponde mieux que l'autre à certaines indications particulières, qu'il doive, par exemple, être préféré lorsque l'ennemi à combattre est une syphilis ancienne ou évoluant rapidement, je pense qu'on ne saurait, sans tomber dans une erreur fâcheuse, regarder l'iodure de sodium comme thérapeutiquement inerte.

Les travaux de laboratoire ont leur valeur : ils ouvrent des horizons nouveaux, suggèrent aux médecins d'action, l'étude et l'essai rationnel de ressources inédites ; néanmoins, à l'égard du traitement des maladies, on n'a pas le droit d'en attendre autre chose que des hypothèses dont la vérification est l'affaire de la pratique. Cette vérification reste souvent négative, soit qu'on manque d'obtenir sur le malade les résultats plus ou moins promis par les savants de cabinet, soit qu'au contraire on tire un excellent parti d'agents que ces laborieux chercheurs, fondés sur leurs seules investigations, auraient jugés inutiles. Ainsi, d'un côté, le curare, qui devait guérir le tétanos, a-t il mal justifié l'espoir mis en lui, et, d'un autre côté, l'iodoforme, tenu dans les laboratoires pour un pauvre microbicide, est-il, aux yeux des chirurgiens, un antiseptique de fort bon aloi.

Mais si la physiologie expérimentale paraît médiocrement propre à trancher la question qui nous occupe, il n'en va pas de même de l'observation clinique ; et puisqu'un clinicien de profession révoque en doute l'activité de l'iodure de sodium, on me permettra de choisir et de résumer ici en peu de mots un fait où l'action de cette substance a été des plus positives.

Au commencement de l'année 1888, un de mes clients, M. de R..., âgé d'environ soixante-quatorze ans, sobre, non fumeur, nullement névropathe, vivant de la façon la plus correcte, se résolut à m'entretenir de symptômes très pénibles qu'il avait cru d'abord pouvoir passer sous silence, et dont l'intensité croissante finissait par l'effrayer. Accélérait-il son allure, faisait-il un effort, marchait-il contre le vent, une douleur profonde, rétrosternale, ne tardait pas à l'assaillir, envoyant des irradiations dans l'épaule et le bras droits, rarement dans le membre supérieur gauche, et s'accompagnant d'une angoisse considérable. Au bout de quelques minutes, l'attaque déclinait et bientôt disparaissait, ne laissant derrière elle qu'un sentiment de lassitude joint à de vives appréhensions pour l'avenir.

Artério-scléreux comme on l'est généralement à son âge, le malade ne présentait aucun signe physique important ni du côté du cœur, ni du côté des gros vaisseaux ; à peine pouvait-on soupçonner l'existence d'une très légère dilatation aortique. D'ailleurs, apparente intégrité de tous les autres organes. Je diagnostiquai sans difficulté une angine de poitrine, et M. Potain qui vit le malade en consultation avec moi, n'hésita pas à partager mon sentiment.

Peu de jours après cette consultation, la famille du malade m'envoyait chercher en toute hâte : il s'agissait d'une attaque nouvelle, incomparablement plus violente qu'aucune des précédentes, à ce point que la mort avait failli terminer la crise. Le diagnostic était plus clair que jamais, l'indication thérapeutique ne l'était pas moins. L'usage quotidien de l'iodure de sodium fut prescrit, ou plutôt la prescription récemment faite fut confirmée en termes pressants ; de temps en temps, toutes les six semaines environ, ce médicament devait être remplacé, pendant une quinzaine, par la trinitrine à dose modérée, après quoi le malade reposé aurait à reprendre son iodure.

Ce traitement rigoureusement suivi ne tarda pas à produire d'heureux effets : tandis qu'auparavant les attaques allaient en augmentant de fréquence et d'intensité, elles devinrent, sous l'influence de l'iodure, à la fois plus rares et plus faibles jusqu'à ce qu'enfin elles disparussent à peu près complètement. Quand je dis *à peu près*, j'entends que le patient, lorsqu'il s'oubliait à marcher vite, éprouvait encore de très légères sensations auxquelles il n'eût point pris garde si, malgré leur insignifiance, elles ne lui eussent rappelé les graves accidents d'autrefois.

M. de R... en était là, quand, vers la fin de l'année dernière, il fut pris, à la campagne, d'une sérieuse bronchite au cours de laquelle on dut interrompre la médication anti-angineuse pour en instituer une autre mieux adaptée aux besoins du moment. De retour à Paris au mois de février dernier, il continuait, ne ressentant plus aucun phénomène inquiétant, à ne point prendre d'iodure. Malheureusement, un nouveau catarrhe bronchique survint presque aussitôt, d'une intensité modérée, mais suffisante pour que la toux fatiguât beaucoup le malade. Bientôt, de légères attaques d'angine reparurent, qui, d'abord légères et peu distinctes, ne

Digitized by Google

tardèrent pas à prendre un caractère menaçant; un jour, notamment, la violence du mal dépassa tout ce que le patient avait jamais éprouvé; l'entourage croyait la partie perdue, et, témoin de la scène, je n'étais, je l'avoue, guère moins pessimiste. Pourtant, à force de trinitrine, d'injections d'éther, d'inhalations de nitrite d'amyle, d'applications rubéfiantes et de stimulants sous toutes les formes, nous parvînmes cette fois encore à soutenir l'édifice qui s'effondrait. L'iodure avait été largement administré pendant la nuit consécutive à l'attaque, voire pendant l'attaque elle-même; il va sans dire que le malade n'en a pas, dès lors, abandonné l'usage, et que le traitement prescrit en 1888 est en cours d'exécution ponctuelle. Il y a quatre mois environ que les choses vont de la sorte; M. de R..., actuellement guéri de sa bronchite, mange et dort bien, sort en voiture, se promène à pied, reçoit des visites et songe à son départ annuel pour la campagne. Depuis la grande attaque en question, attaque remontant aux premiers jours de mars, il ne s'est pas produit, soit forte, soit faible, une seule manifestation angineuse.

Ou je me trompe singulièrement, ou ce fait plaide en faveur de l'iodure de sodium avec une éloquence irrésistible. Une première fois, les manifestations du mal ne cessaient de croître en fréquence et en importance; l'iodure de sodium intervient, et voici que rapidement les accidents s'éloignent et s'apaisent, qu'une sorte de guérison pratique, sinon théorique, s'établit et que, pendant presque deux années, le malade, après avoir vu la mort de près, se porte relativement bien. La démonstration pouvait déjà sembler suffisante, les événements se sont chargés de la rendre encore plus complète: l'iodure ayant été suspendu pendant plusieurs mois, le bénéfice obtenu s'épuise, les propensions morbides renaissent, et c'est assez de la fatigue résultant d'une bronchite médiocrement grave, pour que l'angine se réveille, de jour en jour plus fréquente et plus dramatique; l'iodure de sodium revient énergiquement à la rescousse et tout disparaît comme par enchantement. Que voudrait-on de plus décisif? Quel enchaînement de phénomènes serait plus apte à faire la lumière? L'iodure de potassium eût peut-être agi, dans la circonstance, aussi efficacement que son congénère sodique, je me demande en quoi il aurait pu se montrer supérieur à celui-ci.

Conclusion: l'iodure de sodium est, quoi qu'on en ait dit, un médicament d'une puissance remarquable; il équivaut, sinon toujours, du moins dans certains cas, à l'iodure potassique; d'où il suit que, dans ces cas-là, si nous croyons les composés sodiques mieux supportés par l'économie, nous pouvons et devons donner la préférence à l'iodure de sodium.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement de l'anus contre nature

Par M. le Dr Chaput
Chirurgien des hôpitaux de Paris (1).

L'anus contre nature doit être défini: un orifice anormal livrant passage à la totalité des matières intestinales. Cette lésion présente des variétés nombreuses et reconnaît des causes multiples.

Pour plus de simplicité, je n'étudierai ici que les cas consécutifs à la gangrène herniaire d'une anse complète d'intestin. La lésion est alors constituée théoriquement par deux bouts d'intestin venant s'ouvrir à la paroi abdominale. Pour en obtenir la guérison, il faut remplir deux indications: rétablir le cours des matières et oblitérer l'orifice extérieur. On y arrive par deux procédés bien distincts: ou bien en réséquant les deux bouts et en les suturant circulairement; ou bien encore en faisant communiquer latéralement les deux bouts en question à l'aide d'une application d'entérotome et en exécutant ensuite une opération anaplastique, destinée à oblitérer l'orifice cutané.

Je ne veux pas faire ici l'histoire complète de la résection dans les anus contre nature, je rappellerai seulement qu'elle a donné des succès répétés, surtout entre les mains de Biltroth, Dittel, Schede, Weinlechner, Julliard, Rydygier, Reichel, Stelzner Czerny, en France, Bouilly, Trélat, et moi-même, avons publié des faits heureux de résection avec entérorraphie. Malheureusement, il faut compter avec un chiffre d'insuccès considérable.

Dans ces dernières années, ces deux méthodes se sont combattues comme des rivales; mais les statistiques les plus récentes, les plus complètes et les plus favorables à la résection sont venues refroidir le zèle de ses partisans puisque nous trouvons dans la thèse récente de Gœtz (Genève, 1890), les chiffres suivants:

L'entérotomie donne seulement 2.59 0/0 de mortalité; tandis que la résection fournit 32 0/0 de mort, 7.79 d'insuccès et 59 0/0 de succès.

La conclusion que tous les chirurgiens tireront de ces chiffres, c'est que l'entérotomie est infiniment préférable à la résection et que toutes les fois qu'elle sera possible on devra la préférer. Cependant, tous s'accordent à reconnaître des cas où la résection est formellement indiquée. J'avais, jusqu'ici, partagé cette opinion, mais j'ai modifié mes idées à ce point que j'en arrive à proscrire entièrement cette opération du traitement des anus contre nature (1).

Nous allons, en effet, étudier toute une série de procédés et de méthodes dont je revendique la paternité (du moins pour plusieurs d'entre elles (2) et dont je vais poser les indications.

(1) Communication au Congrès de Berlin.

(1) Cette proscription n'est point définitive car le jour où la résection sera devenue une opération clinique, je serai le premier à la conseiller. Je travaille avec ardeur à perfectionner la technique de l'entérorraphie. Mais la question n'est pas encore, pour moi résolu définitivement. Quoiqu'il en soit je crois que j'aurais rendu service aux chirurgiens, peu familiarisés avec la chirurgie de l'Intestin, en leur indiquant des procédés simples et sans dangers comme ceux que je vais exposer ici.

(2) Voir mes publications antérieures: Chaput, nouvelles méthodes opératoires pour la cure des anus contre nature. (*Archives générales de médecine*, février 1890, et *Bulletin médical*, 19 février 1890). Plusieurs procédés nouveaux d'entérorraphie (*Congrès français de chirurgie*, octobre 1889).—Philippe. Traitement des anus contre nature et des fistules stercorales. Etude des procédés de M. Chaput. *Th. de Paris*, février 1890.

Digitized by Google

J'adopterai la division suivante : anus accessibles, anus inaccessibles, anus compliqués :

Anus accessibles. — Les anus contre nature établis chirurgicalement après résection de l'anse et suture des deux bouts à la peau, se présentent ordinairement dans des conditions particulièrement favorables. En effet, les deux bouts intestinaux s'ouvrent largement au dehors ; leurs parois contiguës forment une cloison bien accessible, longue et mince (éperon), enfin ils adhérent aux parois abdominales dans une étendue de plusieurs centimètres, ce qui permet de pousser la dissection fort loin sans ouvrir le péritoine.

Les conditions sont ici très favorables pour l'application de l'entérotome et pour l'exécution d'une opération anaplastique extra-péritonéale ; il n'y a donc pas lieu de songer, en pareille circonstance, à la résection de l'intestin.

Comme entérotome on peut employer une pince à longs mors, ou mieux l'entérotome de Dupuytren, ou encore la pince entérotome que j'ai fait construire et qui a tous les avantages de l'instrument de Dupuytren, sans aucun de ses inconvénients.

La brèche faite à l'éperon doit mesurer de 5 à 6 centimètres. Quant à l'époque la plus convenable pour faire cette application, c'est environ un mois ou six semaines après l'établissement de l'anus contre nature, quand le malade est tout à fait revenu à la santé.

Il est inutile d'attendre davantage, car dans les anus établis chirurgicalement, la guérison spontanée est impossible.

En attendant que le moment soit venu d'appliquer l'entérotome, on prendra les précautions suivantes : dès le quatrième jour après l'établissement de l'anus contre nature, on fera le cathétérisme du bout inférieur avec le petit doigt, afin d'empêcher l'oblitération qui s'observe assez souvent quand le débridement de l'anneau a été insuffisant (1) et quand il y a en même temps une inflammation ulcéreuse de la muqueuse résultant de l'étranglement antérieur ; on fera chaque jour des injections de lait et bouillon dans le bout inférieur en même temps qu'on donnera des lavements par l'anus vrai. On pansera au salol le phlegmon stercoral ; enfin, si la peau est rouge et excoriée, on l'enduira de vaseline boriquée qu'on saupoudrera ensuite abondamment de poudre d'amidon ou de talc.

Immédiatement avant d'appliquer l'entérotome on fera encore avec le petit doigt le cathétérisme des deux bouts pour vérifier leur perméabilité et se rendre compte de leur direction. On placera une pince hémostatique sur l'éperon pour l'empêcher de fuir et on en saisira 5 à 6 centimètres avec un entérotome. — Avec l'instrument de Dupuytren il est difficile d'apprécier le degré de compression, et de plus, on a encore l'inconvénient d'occasionner des coliques violentes et de ne pas couper toute la longueur saisie par l'instrument. C'est pourquoi je préfère la pince que j'ai fait construire, elle possède des mors inimes comme l'intérotome de Dupuytren et permet une appréciation de la pression exercée, qu'on peut d'ailleurs graduer à volonté à l'aide de la crémaillère. Cette pince occasionne moins de coliques et coupe tout ce qu'elle saisit ; enfin elle est moins volumineuse que l'entérotome. Les mors mesurent 5 centimètres et ses branches 8 à 10 centimètres.

Je conseille de ne serrer la crémaillère à fond, que le troisième jour, afin d'éviter une section trop rapide ou des accidents réflexes trop intenses.

Le jour de l'application de l'instrument, le malade sera à jeûn. Les jours suivants il s'alimentera légèrement. La pince tombe généralement du 7e au 10e jour... à ce moment, le cours des matières se rétablit facilement dans le bout inférieur si on a la précaution de donner des lavements tous les jours. Après avoir laissé reposer le malade une huitaine de jours, on n'a plus qu'à procéder à l'oblitération de l'orifice, qui, double antérieurement, est devenu unique du fait de la section de l'éperon.

On a imaginé un nombre infini de procédés pour obtenir l'oblitération de l'orifice en question. Je ne parlerai que pour mémoire des procédés anciens actuellement tombés dans l'oubli, tels que la cautérisation ou les autoplasties à lambeau.

Tout le monde s'accorde actuellement à reconnaître qu'il faut séparer l'intestin de la paroi et faire une double suture sur l'intestin d'une part et sur la paroi abdominale d'autre part.

La suture intestinale peut être exécutée par le procédé de Lembert sans ouvrir le péritoine comme le recommande Malgaigne ou bien en ouvrant délibérément la séreuse comme l'on fait Polano, Cyarny, Trélat et bien d'autres, et tout récemment encore M. J. Bœckel.

Nous verrons plus loin que la suture de Lembert est impossible à exécuter correctement sans ouvrir le péritoine. Quant à l'ouverture de parti pris de la séreuse je pense qu'il faut l'éviter autant qu'on le peut.

Si donc on a suffisamment de place pour disséquer l'intestin sur une hauteur de deux centimètres sans ouvrir le péritoine, on se gardera bien de perforer cette séreuse.

Si l'espace manque pour une dissection suffisante, on pénétrera sans hésiter dans le ventre. Je repousse l'ouverture de parti pris de la cavité péritonéale, parce que je sais combien les sutures intestinales sont infidèles.

Il est bien périlleux d'affirmer qu'une suture, même exécutée dans la perfection, tiendra d'une manière absolue. N'avons-nous pas une preuve évidente des dangers de la suture par la mortalité de 32 °/₀ que nous donne la résection avec entérorraphie circulaire ?

Quant à moi, voici le manuel opératoire que j'emploie (procédé personnel dit de l'abrasion) : je dissèque au bistouri l'intestin, de façon à le séparer des tissus environnants sur une hauteur de 2 centimètres environ.

J'enlève alors la muqueuse avec les ciseaux dans l'étendue d'un centimètre, sur toute la circonférence parce que cette membrane est un obstacle très gênant pour la réunion, et afin d'obtenir en même temps un

(1) Quand on établit un anus contre nature, il est bon de faire un débridement très étendu de l'anneau herniaire ; ce débridement doit être fait à ciel ouvert et mesurer environ 4 centimètres.

Digitized by Google

avivement de la musculeuse qui rend celle ci propre à la réunion. On n'a plus qu'à mettre au contact les surfaces internes avisées, à l'aide d'une suture des plus simples (suture continue, suture à points séparés ou ligature en masse).

Cette méthode présente sur celle de Malgaigne cet avantage incontestable qu'elle exige beaucoup moins d'étoffe.

Je sais, pour l'avoir essayé, que pour exécuter la suture de Lembert, dans des conditions convenables, il nous faudrait disséquer l'intestin sur une hauteur de 4 centimètres environ (1), ce qui conduit fatalement à l'ouverture du péritoine que nous rejetons autant que possible. J'ai employé la méthode de l'abrasion un grand nombre de fois et elle m'a donné de beaux succès dans presque tous les cas. Dans mes premières opérations, je faisais tout simplement une suture à points séparés. J'ai depuis modifié ma technique et j'oblitère maintenant l'orifice par une ligature en masse avec deux fils enchaînés, comme s'il s'agissait d'un pédicule vasculaire dans une laparotomie.

Il faut avoir la précaution de ne pas passer les fils à travers la muqueuse mais immédiatement au-dessus d'elle, à la limite de l'avivement. Ce qui m'a conduit à la modification dont je viens de parler, ce sont les fistulettes fréquentes que j'obtenais par ma suture à points séparés. N'est-ce pas là d'ailleurs un nouvel argument contre l'ouverture de la séreuse?

La ligature en masse pelotonne les tissus les uns contre les autres et ne donne pas de fistule. Je l'ai employée déjà plusieurs fois avec succès.

Une fois la suture intestinale faite, on réunit la paroi et la peau. Souvent on est obligé d'exciser celle-ci à cause de sa tendance à se recroqueviller en dedans.

Pendant les dix premiers jours je donne au malade dix centigrammes d'opium et seulement des liquides en petite quantité comme alimentation. La nourriture solide est ensuite reprise progressivement.

Tel est le traitement des anus contre nature simples, accessibles.

Examinons maintenant le traitement des anus inaccessibles.

Anus inaccessibles. — Les anus établis spontanément sont toujours inaccessibles, en ce sens que l'intestin sectionné très loin, dans les profondeurs de l'anneau (par l'élimination du sphacèle), se trouve fixé non pas à la peau, mais au péritoine pariétal.

Il en résulte que le trajet intra-pariétal de l'intestin se trouve réduit à quelques millimètres. En outre, les deux bouts, au lieu d'être parallèles comme dans l'anus établi chirurgicalement, se rencontrent à angle plus ou moins obtus, parfois même se continuent en ligne droite.

Aussi l'éperon, au lieu d'être une cloison longue et mince, se trouve-t-il représenté par une crête saillante située à la réunion des deux parois divergentes.

Cette disposition favorise la guérison spontanée, car la rétraction du mésentère attire de plus en plus l'éperon en arrière, mais cette guérison est tellement rare qu'en pratique on ne doit pas y compter. (1)

Par contre, l'éperon divergent expose à des accidents dans l'application de l'entérotome (tiraillement des parois éloignées, d'où menaces de perforation — interposition d'une anse entre les deux parois de l'éperon, d'où dangers d'occlusion intestinale en appliquant l'entérotome). Enfin, l'absence presque complète de trajet intra-pariétal rend les opérations extra-péritonéales impossibles.

Dans mes travaux antérieurs j'avais conclu (étant donnée la nécessité d'ouvrir le péritoine) à la résection et suture de l'intestin. Bien que j'aie inventé des procédés avantageux de résection et suture intestinales (entérorraphie circulaire par abrasion et entérorraphie longitudinale), je considère cependant les opérations comme absolument contre indiquées dans l'anus contre nature, malgré les succès qu'elles m'ont donnés, et je pense que mon témoignage ne sera pas suspect. (2)

J'ai, en effet, observé récemment un cas qui m'a permis de modifier mon appréciation primitive. Sur un anus inaccessible, avec éperon divergent, j'ai fait une application d'entérotome absolument innocente et j'ai fait ensuite l'oblitération de l'orifice par l'abrasion et la ligature en masse. Je m'attendais à ouvrir le péritoine au cours de l'opération, mais la dissection a pu être poussée assez loin sans ouvrir cette séreuse. D'ailleurs, lorsque l'ouverture du péritoine est inévitable, on y remédie très simplement en fixant l'anse opérée à la paroi par une série de sutures séro séreuses. Je possède douze observations dans lesquelles le procédé de l'abrasion a été employé. Elles ont toutes donné des succès, sauf un cas désespéré opéré chez M. de Saint-Germain sur une fillette atteinte de péritonite tuberculeuse (3). Trois de ces succès appartiennent à mon maître et ami, M. Polaillon.

Anus compliqués. — D'autres anus présentent des complications plus sérieuses encore.

Dans certains cas, l'éperon présente une épaisseur inaccoutumée, due à ce que le mésentère se trouve interposé entre les parois contiguës de l'intestin.

Dans ces conditions, l'application d'une pince à mors larges est suivie d'accidents graves tels que la tempéra-

(1) Cela tient à ce que l'intestin est induré, rétracté et fortement renversé en dehors.

(1) Tout anus contre nature dans lequel l'orifice est bordé de muqueuse ne peut, en aucune façon, guérir spontanément ; or, cette disposition est la règle. Quand elle n'existe pas, la guérison spontanée demande des mois pour être complète.

(2) Il est possible qu'on soit amené à faire une résection avec suture dans des conditions particulières, quand pour des raisons d'ordre extra-chirurgical on est obligé de guérir le malade rapidement, en une seule séance. Ces conditions spéciales doivent être subordonnées à la conscience, à l'habileté et à l'expérience que le chirurgien possède de la chirurgie intestinale.

(3) J'ai encore à signaler un second cas de mort chez un jeune homme qui succombe à un étranglement interne à marche chronique causé par une bride épiptoique, qui avait nécessité antérieurement l'entérotomie de Nélaton. Les accidents arrêtés pendant plusieurs semaines par l'entérotomie reprirent leur cour après l'opération réparatrice.

Digitized by Google

ture élevée (39°), pouls petit, vomissements, les accidents peuvent amener la mort.

Dans les cas d'éperon épais, je conseille d'employer un entérotome à mors étroits et de ne saisir tout d'abord qu'un ou deux centimètres de l'éperon. On fera, bien entendu, plusieurs applications successives d'entérotome. La section ainsi conduite réussira constamment, et l'on n'aura pas besoin de recourir à la résection de l'intestin.

Une autre complication, très grave et très fréquente, surtout dans les anus spontanés, c'est l'oblitération du bout inférieur. — Cette oblitération est en rapport avec l'inflammation ulcéreuse de la muqueuse et avec un orifice herniaire très étroit comprimant le bout inférieur.

La seule conduite rationnelle en pareille circonstance consiste à aller à la recherche du bout inférieur, en ouvrant au besoin le péritoine et à le suturer à la peau, à côté du bout supérieur (procédé de Gaillard). On obtient ainsi un anus contre nature simple, accessible, qu'on traite par les procédés indiqués plus haut.

Il est toutefois indispensable de prendre la précaution d'injecter du lait et du bouillon dans le bout inférieur et de donner des lavements par l'anus, pour rendre à ce bout son calibre et surtout son épaisseur normale. En effet, l'application d'un entérotome sur un intestin aminci exposerait à la péritonite par perforation.

On comprend facilement quelles difficultés, quels inconvénients énormes on rencontrerait pour la résection suivie d'entérorraphie avec cet intestin diminué de calibre et atrophié dans son épaisseur. N'est-ce pas là un nouvel argument de poids pour repousser encore la résection avec entérorraphie qui a été surtout préconisée dans les cas d'oblitération du bout inférieur.

L'adduction du bout inférieur à la peau est cependant contre-indiquée pour les anus avec oblitération du bout inférieur qui siègent à l'ombilic sur le côlon transverse. Ici la brièveté du mésentère rend impossible l'adduction à la peau. Je conseille dans ces cas d'employer un procédé très innocent, simple et élégant que j'ai exécuté déjà avec succès, je veux parler de l'anastomose de l'intestin grêle avec l'S iliaque (Entérocolostomie iliaque par le procédé de la pince, procédé personnel). Voici comment on l'exécute : on fait au-dessus du pubis une incision médiane verticale, de 8 à 10 centimètres, on ouvre le péritoine, on va immédiatement reconnaître le cœcum, saisir la fin de l'intestin grêle et l'amener dans la plaie. On fait de même pour l'S iliaque. Ces deux intestins sont suturés ensemble sur une hauteur de 5 à 6 centimètres (section de Lambert). On fixe ensuite l'intestin grêle à la lèvre droite de la plaie abdominale et l'S iliaque à la lèvre gauche puis on ferme la péritoine en haut et en bas. On fait alors une incision d'un centimètre sur l'intestin grêle et une semblable sur l'S. Au bout de huit jours on introduit les deux mors d'une pince dans les deux orifices et on fait tomber les parois contiguës comme s'il s'agissait d'un véritable éperon.

Dans un troisième temps, on ferme l'orifice extérieur par le procédé de l'abrasion. J'ai fait cette opération deux fois, dont l'une avec plein succès ; le second cas m'est commun avec mon maître et ami M. Terrillon, il est en cours de traitement, nous n'avons plus qu'à exécuter l'oblitération définitive.

Les autres complications que l'on peut observer sont : *l'éloignement des deux bouts.* (On y remédiera en disséquant l'un de ces bouts qu'on fixera à côté de l'autre.)

S'il y a des *orifices multiples*, on peut être conduit à régulariser la lésion par des incisions ou des excisions, mais la résection proprement dite ne sera jamais inévitable.

Dans certains cas, on a affaire à des *prolapsus considérables.* J'ai opéré, avec le regretté Trélat, un anus compliqué d'invagination considérable (40 centimètres) par l'entérotomie et l'abrasion. Le malade a complètement guéri.

La résection de l'intestin a paru indiquée après l'*échu des méthodes anciennes.* Je puis affirmer qu'on peut répéter indéfiniment l'entérotomie et l'abrasion ; il suffit de les faire une seule fois, avec discernement et correction pour obtenir la guérison.

De tout ceci, je me crois en droit de conclure que la résection suivie d'entérorraphie, n'est jamais une opération de nécessité. Elle reste soumise aux mêmes considérations et indications que les opérations dites de complaisance.

Conclusions. — 1° La résection n'est jamais formellement indiquée dans le traitement de l'anus contre nature. On peut être amené à la faire quand le malade désire une guérison rapide, mais elle restera toujours un procédé d'exception ;

2° Les anus contre nature accessibles doivent être traités par l'entérotomie, puis par l'oblitération de l'orifice (Méthode de l'abrasion) ;

3° Les anus contre nature inaccessibles comportent l'entérotomie employée avec précaution et le procédé de l'abrasion avec ligature en masse. Si l'on est obligé d'ouvrir le péritoine on suturera l'intestin à la paroi afin de fermer la séreuse ;

4° Les anus avec éperon épais seront attaqués prudemment par des applications successives d'entérotome ;

5° Les anus siégeant sur l'intestin grêle et compliqués d'oblitération du bout inférieur indiquent la recherche de ce bout et son adduction à la peau. Dès lors, on n'a plus affaire qu'à un anus accessible qu'on traitera comme nous l'avons indiqué plus haut ;

6° Les cas compliqués d'oblitération du bout inférieur siégeant à l'ombilic, sur le côlon transverse contre-indiquent l'adduction du bout inférieur à la peau (brièveté du mésentère). Je conseille de les traiter par l'entéro-colostomie iliaque par le procédé de la pince.

7° Les autres complications (éloignement des deux bouts, orifices multiples, échus répétés des procédés anciens) n'exigent pas davantage la résection. On pourra toujours régulariser l'anus contre nature et le traiter ensuite comme un cas simple.

Digitized by Google

MALADIES DES ENFANTS

es altérations de la digestion pancréatique chez les enfants

Par M. le Dr H. Gillet (1)
Ancien interne des hôpitaux de Paris

Cette question peu explorée, peut, par sa solution, donner des indications pathogéniques sur les troubles digestifs des enfants.

A cet effet, j'ai pratiqué quelques digestions pancréatiques artificielles chez l'enfant à l'état de santé ou de maladie.

Des pancréas recueillis très peu de temps après la mort par un hiver rigoureux lui ont fourni les matériaux nécessaires aux expériences.

J'ai constaté chez deux enfants de 24 jours morts de débilité congénitale que le suc artificiellement obtenu se montrait d'une activité médiocre pour le reste, mais que la transformation de l'amidon en glucose était à peine marquée chez l'un avant 48 heures, qu'elle ne commençait que vers 24 heures chez l'autre, bien qu'elle eût existé à l'état de trace dès une heure. Chez un enfant de 8 mois et demi l'amidon était réduit en 10 minutes.

Dans un cas de lientérie, l'albumine ne donnait pas de peptone en 48 heures, l'amidon pas de sucre en 36 heures. Le pancréas d'une petite fille de 53 jours morte athrepsique avec diarrhée bilieuse, ne modifiait qu'une minime quantité de la caséine en digestion ; l'amidon ne se transformait pas avant 24 heures.

Dans des cas de tuberculose, de rougeole avec diphthérie, la saccharification des féculents avait lieu.

Ces expériences confirment donc l'absence de digestion de l'amidon dans les premiers mois de la vie. De plus elles semblent montrer que dans les entérites le pancréas perd ses propriétés, et que celles-ci seraient conservées dans des affections plus graves n'intéressant pas directement l'intestin.

Inutile d'insister sur les conclusions cliniques et thérapeutiques que l'on peut en retirer.

(1) Communication au Congrès international de médecine de Berlin.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

Considérations sur le traitement du mal de Pott, par M. T. Poisson. — Dans cet intéressant mémoire, basé sur de nombreuses observations, notre distingué confrère nantais se déclare partisan de l'immobilisation dans le décubitus dorsal tant que la déformation augmente. (*Gaz. medicale de Nantes*, juin et juillet 1890).

Ensuite il faut permettre les mouvements pour favoriser l'amélioration de l'état général. Du reste voici ses conclusions :

1° Tant que le mal de Pott paraît à sa période d'état, que le rachis est douloureux et tend à s'affaisser de plus en plus, le décubitus dorsal dans un appareil portatif sans extension continue doit être soigneusement gardé, et cela d'autant plus longtemps que l'enfant ne paraît point souffrir de ce décubitus prolongé ;

2° Quand la gibbosité paraît stationnaire depuis quelque temps et que le rachis n'est plus douloureux, on permettra à l'enfant un exercice modéré avec un corset, et cela d'autant plus vite que l'enfant paraît moins supporter le décubitus.

L'enfant sera recouché aussitôt que reparaîtront des complications ou une nouvelle poussée aiguë. S. R.

Du traitement du goître kystique par l'électrolyse par M. Flechter Ingals. — Cette médication a procuré des succès dans deux cas de goître kystique inutilement traités auparavant, l'un par la méthode sanglante, l'autre par des injections d'acide phénique (*Journal of the American Med. Assoc.*, 15 février 1890).

L'électrolyse fut pratiquée en introduisant une aiguille dans le sac ; l'autre électrode étant appliquée sur la tumeur. On employa un courant de six, puis de dix éléments Leclanché. L'opération était répétée deux ou trois fois par jour. La guérison a été durable et persiste depuis trois années.

S. R.

MÉDECINE

Accès de goutte aiguë hyperpyrétique avec répercussion sur l'encéphale et le muscle cardiaque, traité et guéri par les bains froids, par le Dr Montagnon (de Lyon). — Il s'agit d'un homme de 38 ans qui, dans le cours d'une attaque de goutte polyarticulaire très douloureuse, présenta des accidents cardiaques (souffle systolique rude à la base, dyspnée) et cérébraux (délire, agitation, prostration, etc.). La température rectale s'élève jusqu'à 41°6, le pouls est dépressible, la langue sèche, l'adynamie menaçante. En raison de l'insuccès de la médication par le salicylate de soude, on ordonne les bains froids, toutes les trois heures, et, autant que possible, toutes les fois que la température s'élèvera au-dessus de 39°. Le premier bain a bien réussi; avant lui, la température était de 41°6, on donne un bain de 30° d'une durée d'un quart d'heure. A la fin du bain, le délire cesse, et une demi-heure après, la température était tombée à 39°9. (*Loire medicale* n° 7, 15 juillet 1890, p. 173).

Plus tard, au fur et à mesure de l'abaissement thermique produit par cette médication, la température du malade n'étant plus que de 40° ou 39°, les bains furent progressivement refroidis jusqu'à 20° et 19°. En sept jours, le malade eut 47 bains et guérit définitivement. L'auteur pense, avec raison, qu'outre ses effets toniques sédatifs et antithermiques, les bains froids ont une action diurétique qui favorise ainsi l'élimination des principes qui, accumulés dans le sang, déterminent et prolongent par leur rétention, l'accès de goutte. D. R.

De la pathogénie du diabète, par M. le Dr Mayer. — C'est en étudiant les lésions cardio-vasculaires des diabétiques que l'auteur cherche à vérifier la théorie de Sægen. De 1879 à 1888, il a réuni les observations de 380 cas de diabète. Dans 21,6 pour cent de ces cas, il existait de l'hypertrophie cardiaque (*Berl. Klin. Woch.* 1890, n° 20).

A l'Institut anatomo-pathologique de Berlin, on a constaté des lésions du cœur dans 13 pour cent des cas de diabète où l'autopsie était pratiquée. On peut attribuer ces lésions au retentissement des altérations du rein sur le cœur. Cependant, d'après Sægen, on doit distinguer deux formes de diabète : l'un de cause hépatique, intéressant les cellules du foie, l'autre de cause générale dans lequel les éléments cellulaires de tout l'organisme sont mis en cause. S. R.

Note sur la rougeole à forme dyspnéique, par M. le Dr Thomas. — Une enfant de deux ans accuse, au début, de l'éruption morbilleuse, une dyspnée intense qui, par son intensité, ne répond nullement avec les phénomènes d'auscultation. Peu ou pas de râles ; murmure vésiculaire faible ; cyanose du visage; pouls incomptable (*Revue Méd. de la Suisse Romande* ; p. 488, 20 juillet 1890).

Digitized by Google

Applications de sangsues, puis de ventouses sèches. Pas d'amélioration. La dyspnée persiste; le lendemain, cependant, l'agitation diminue à mesure que l'éruption se prononce. Deux jours après, l'enfant entrait en convalescence.

M. Thomas a fait des recherches bibliographiques et constate que les auteurs ne s'occupent point de cette forme de dyspnée rubéolique, indépendante de la congestion pulmonaire. Ce serait peut-être, comme West le supposait, une dyspnée nerveuse. S. R.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement du coma diabétique par les injections intraveineuses de bicarbonate de soude, par M. le Dr A.-P. CHADBOURNE. — Le malade était acétonurique et son urine contenait 3,6 pour cent de sucre et de l'albumine. Le coma était complet, la respiration stertoreuse et le pouls rapide s'élevait à 160, (*The Lancet*: 19 juillet 1890).

On ouvrit la veine céphalique et on injecta trente onces d'une solution aqueuse de bicarbonate de soude à cinq pour cent. Le pouls descendit à 120, et le coma cessa. Mêmes accidents le lendemain, même traitement et même succès. Le surlendemain, retour des accidents; la famille refuse de laisser pratiquer une nouvelle injection. Le malade succombe. Cette observation témoigne en faveur des faits publiés par Stadelmann et de l'utilité d'essayer cette médication dans des cas semblables. S. R.

Du traitement de l'érysipèle par le perchlorure de mercure, par M. W. SHROPSHIRE. — Cette médication antiseptique a été appliquée dans quatre cas avec un égal succès. (*The N. Y. méd. Journ.*: 3 juillet 1890).

Elle consistait à prescrire le sulfate de quinine à l'intérieur et à recouvrir les plaques érysipélateuses avec des compresses imbibées d'une solution de sublimé à 1 ou 2 millièmes. Cette médication causa de la douleur, mais la douleur était moindre que celle des injections interstitielles d'eau phéniquée. S. R.

Traitement de l'atrophie testiculaire d'origine ourlienne, par M. G. OLIVIER. — Notre estimé confrère, médecin-major de 2e classe, y a employé ce traitement sur huit malades: cinq fois pour des orchites simples, trois fois pour des orchites doubles. (*Arch. de méd. et de chir. mil.*, juillet 1890).

On commençait le traitement aussitôt après la cessation des phénomènes inflammatoires et dès le début de l'atrophie. Un pôle de l'appareil volta-faradique était appliqué sur l'anneau inguinal, et l'autre sur la partie inférieure des bourses. La séance durait quinze à vingt minutes. La durée de ce traitement fut en moyenne de quinze séances. Une seule fois le succès fut incomplet; c'était un cas d'orchite double.

M. Olivier estime donc que ce traitement est utile q 'il doit être employé de bonne heure et dès l'apparition des premiers signes d'atrophie. S. R.

REVUE DES LIVRES

Leçons pratiques sur les maladies des voies urinaires, t. II, par le Dr LAVAUX (Paris, Steinheil, 1890).

Ce second volume contient une étude approfondie des affections de la prostate et de la vessie. L'auteur a donné à ses descriptions une forme clinique qui en rend la lecture facile et intéressante.

Nous signalerons particulièrement les leçons qui ont trait à l'hypertrophie de la prostate, aux diverses formes de cystites, et au traitement des calculs vésicaux. M. Lavaux expose d'une manière très complète les doctrines de l'Ecole de Necker; toutefois il ne sacrifie point ses idées personnelles, et ses discussions contribuent à donner à son livre une grande originalité. H. M.

Usages thérapeutiques de l'alcool. — Etude clinique et thérapeutique sur l'eau-de-vie, par M. le Dr JANET (1890, Cognac, G. Béraud.)

Notre confrère est un convaincu. Une conviction sincère est une vertu. Il faut l'en féliciter.

Il revendique en faveur de l'alcool contre des antiseptiques nouveaux. Est-ce seulement une question de priorité? Non, l'alcool a fait ses preuves thérapeutiques. M. Janet en augmente le nombre en signalant ses succès contre la pneumonie.

Malheureusement, l'alcool a fait aussi ses preuves comme agent toxique! Notre confrère en disculpe l'eau-de-vie de Cognac; une dose élevée, dit-il, quand elle est pure, ne produit guère d'accidents. Bref, M. Janet plaide une cause déjà gagnée depuis longtemps et son mémoire confirmera dans leur confiance, les nombreux praticiens qui prescrivent la médication alcoolique, comme antiseptique, antipyrétique et, selon l'expression de Gubler, comme dynamophore. C. EL.

La santé de nos enfants, par M. le Dr CORIVEAUD (Paris 1890, J. B. Baillière).

Il y a des auteurs qui écrivent de gros livres: on ne les lit guère. Il y en a d'autres qui font de petits volumes, mais les enrichissent de faits intéressants. Il faut les lire. L'ouvrage de notre estimé confrère est de ceux-là.

Trop modeste, M. Coriveaud l'adresse aux parents soucieux de la santé de leurs enfants. M'est avis, et cet avis sera partagé par tous les lecteurs, que nos confrères le parcoureront avec satisfaction, car il est écrit par un médecin expérimenté; il traite de sujets relatifs à la pratique de la médecine infantile et il donne la solution de difficultés d'autant plus fastidieuses qu'elles sont journalières.

M. Coriveaud traite de l'hygiène dans le premier âge: *régime alimentaire, sevrage, protection légale des nourissons*. Il aborde le long chapitre des *erreurs et des préjugés populaires*: celui non moins grave de l'*hérédité morbide*, et, enfin, les questions si actuelles de l'hygiène prophylactique des maladies héréditaires: *attitudes, exercices physiques, gymastique, éducation physique, sanatoria* et même, ce livre est complet, l'*hygiène du vélocipédiste*. Bref, ce petit volume si élégamment écrit, est de ceux qui charment le lecteur! Nos confrères ne sauront trop le recommander aux mères désireuses de s'instruire et à celles de leurs clientes trop disposées à s'affranchir des règles hygiéniques nécessaires à l'éducation physique de leurs enfants. CH. ELOY.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

De la curabilité de la tuberculose laryngée par le traitement chirurgical (1)

Par M. le Dr LUC,
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Au point de vue de nos moyens d'action sur elles, les localisations de la tuberculose pourraient être divisées en deux groupes, suivant qu'elles sont accessibles ou qu'elles échappent à l'intervention chirurgicale. C'est ainsi que les tuberculoses osseuses, articulaires, ganglionnaires et sous-cutanées de même nature que l'on observe à la surface de la peau ou dans la cavité buccale, rentrent tout naturellement dans le premier groupe,

(1) Communication faite au Congrès de Berlin (août 1890).

Digitized by Google

tandis que la tuberculose des méninges, des poumons et des organes abdominaux semble appartenir au second. Il est pourtant à remarquer que cette division n'est rien moins que fixe, et, qu'au fur et à mesure que les progrès de la chirurgie la rendent plus hardie, son action s'étend à des organes qui paraissent devoir être inaccessibles pour elle.

Nous n'en voulons pour preuve que le traitement de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie, question récemment agitée à la Société de chirurgie de Paris Un exemple semblable est offert par la tuberculose laryngée qui, sous l'influence des efforts continus de Krause et de Heryng, semble tendre, depuis ces dernières années, à devenir justiciable de l'intervention chirurgicale appliquée par les voies naturelles. Les faits de cicatrisation d'ulcérations avérées tuberculeuses obtenue par cette méthode incitèrent un grand nombre de laryngologistes à en essayer eux-mêmes les effets, mais, soit par suite d'un défaut de technique, soit à cause d'un choix défectueux des malades sur lesquels on opérait, le curettement des lésions tuberculeuses du larynx fut loin de donner, entre toutes les mains, des résultats aussi brillants que ceux anonncés par les promoteurs de la méthode, en sorte qu'un grand nombre de spécialistes, découragés par le mauvais résultat de leurs tentatives, renoncèrent à tout traitement local prétendant à la guérison radicale, et se contentèrent d'une médication purement palliative.

Nous avons nous-même, depuis trois ans, soumis à la méthode du curettage suivi d'applications d'acide lactique, tous ceux de nos phtisiques laryngés qui nous paraissaient en état de la supporter ; nous avons conscience d'avoir entrepris ce traitement sans aucune idée préconçue et d'avoir apporté dans son exécution toute la persévérance, nous dirions presque : tout l'acharnement pssible, et peut-être pourrons-nous contribuer à fixer cette question actuellement si controversée, en rapportant avec la plus grande sincérité le résultat de notre observation personnelle.

Avant d'aborder directement la question de la tuberculose laryngée, nous nous permettrons de résumer brièvement ici l'histoire d'un malade atteint de tuberculose naso-pharyngienne, observation déjà publiée par nous dans les *Archives de laryngologie*, mais dont le dénouement ne nous a été connu qu'ultérieurement. Voici le fait en quelques mots.

Un homme de 35 ans présente, outre des signes légers de pleurésie sèche à l'un des sommets, des ulcérations (révélées tuberculeuses par l'examen histologique) siégeant, les unes sur la paroi postérieure du pharynx, les autres sur la muqueuse des cornets inférieurs des fosses nasales, et s'accompagnant, dans cette dernière région, d'infiltrations considérables Le malade est d'abord soumis à des séances successives de curettage suivi d'applications d'acide lactique et d'iodoforme, ou de cautérisations galvano-caustiques, sans autre moyen anesthésique que la cocaïne ; mais, sa sensibilité nous oblige à n'agir que timidement, et de nouvelles lésions se présentent sans cesse à côté de celles que nous croyons avoir détruites. Nous nous décidons alors à agir tout autrement. Le malade est chloroformé et, à la faveur de cette anesthésie complète, toutes les [illegible] au applications caustiques avec la plus extrême énergie. Cela fait, le malade va habiter la province où il se soumet à une hygiène sévère et à une suralimentation systématique. Revu un an après, il avait augmenté de dix livres et présentait une cicatrisation complète de toutes les parties primitivement affectées.

Voilà un fait qui établit, de la façon la plus incontestable, la possibilité d'obtenir la guérison radicale de lésions tuberculeuses occupant une muqueuse accessible à nos moyens d'action, sous l'influence d'une intervention chirurgicale énergique combinée à un traitement général approprié.

Parmi les cas de tuberculose laryngée auxquels nous avons cherché à appliquer le même traitement, il n'en est malheureusement aucun qui nous ait donné un résultat aussi complet. Chez la grande majorité des malades présentant des lésions tuberculeuses du larynx, le grand obstacle à la réalisation d'une cure radicale est la coïncidence trop fréquente de lésions pulmonaires, déjà le plus souvent avancées. Aussi, renonçant à infliger d'inutiles souffrances à ces malheureux, avons-nous fini par limiter nos essais de traitement chirurgical à ceux d'entre eux dont l'état général nous paraissait peu compromis et dont les poumons nous semblaient à peu près indemnes. Ces conditions idéales sont malheureusement bien rarement réalisées. Il arrive aussi que les malades ne se laissent pas traiter avec toute la persévérance nécessaire ou bien que quelques circonstances les obligent à s'éloigner. Tel est le fait du malade qui fait le sujet de la deuxième observation de notre travail sur les formes combinées de la syphilis et de la tuberculose du larynx (1), et qui dut partir pour l'Amérique au moment où ses lésions laryngées paraissaient en pleine voie de cicatrisation

En somme, nous ne nous trouvons aujourd'hui en mesure de fournir qu'une seule observation dont il soit possible de tirer des conclusions nettes sur la question qui nous occupe. Nous pensons qu'il peut être de quelque utilité de le rapporter, bien que le dénouement ne nous soit pas encore connu, sans chercher à exagérer ce qu'elle contient d'encourageant, ni à atténuer ce qu'elle peut avoir de décourageant.

M. R..., âgé de 28 ans, né de parents bien portants. N'a pas eu la syphilis. A vécu à Nantes jusqu'en 1884. Depuis lors, il a exercé à Paris la profession de vendeur dans divers magasins de nouveautés. Pendant tout l'été de 1889, en raison du surcroît de besogne occasionné par l'Exposition, il s'est particulièrement surmené, dormant peu, et se livrant souvent à des excès vénériens. Il sentait sa santé ébranlée lorsqu'il prit l'influenza au milieu de décembre. Consécutivement à cette attaque il continua à tousser, à cracher, et en trois mois il perdit cinq kilos. Nous voyons pour la première fois le malade à la fin de mars. L'examen de la poitrine ne nous indique aucun signe pathologique appréciable. L'examen laryngoscopique nous révèle :

1° Une très légère augmentation de volume de la moitié gauche de l'épiglotte.

2° Un gonflement peu accusé de la fausse corde gauche.

3° Une lésion infiniment plus caractéristique occupant la région antérieure de l'aryténoïde droit, sous forme d'une

(1) *Arch. de Laryng.* 1890, n° 1.

Digitized by Google

énorme infiltration en partie recouverte par une ulcération d'aspect déchiqueté, offrant tous les caractères objectifs de la tuberculose.

Nous détachons immédiatement avec la curette un fragment de cette surface ulcérée, qui, soumis à l'examen de notre ami le Dr Dubief, révèle les signes indiscutables d'une lésion tuberculeuse (cellules géantes, bacilles). En présence de la limitation nette des lésions laryngées, de l'intégrité relative des poumons et des bonnes dispositions morales du malade qui paraît prêt à tout entreprendre pour se guérir, nous nous décidons à agir avec toute l'énergie possible. En huit séances le foyer aryténoïdien est complètement détergé, et soumis à des badigeonnages avec une solution forte d'acide lactique (parties égales d'eau et d'acide lactique).

Le 9 mai il ne restait plus trace d'infiltration, et, comme à ce moment, les autres lésions laryngées nous paraissaient douteuses, et que le malade avait une excellente occasion d'aller passer plusieurs mois en pleine campagne, nous nous décidons à le congédier après lui avoir tracé les indications d'un régime spécial (suralimentation, créosote de hêtre mêlée à du savon amygdalin à la dose de 0,80 cent. par jour).

Nous revoyons le malade le 21 juillet dans l'état suivant.

Sa mine est bonne, son teint est hâlé par le grand air ; il a gagné huit kilos, ne tousse plus, dit cracher à peine, le matin en s'éveillant, et ajoute être complètement débarrassé de transpirations abondantes qui avaient beaucoup contribué à l'affaiblir avant son départ. Il s'est d'ailleurs scrupuleusement conformé à nos prescriptions, vivant le plus souvent au grand air dans une oisiveté complète, prenant régulièrement sa créosote, et absorbant, outre une alimentation solide, substantielle, une dose quotidienne de trois litres de lait.

L'examen attentif des poumons continue à ne nous y révéler aucune autre modification qu'une certaine diminution du murmure vésiculaire aux sommets.

Le laryngoscope nous fournit les renseignements suivants :

Au siège primitif de la grosse infiltration aryténoïdienne ulcérée, on observe seulement une surface grisâtre, irrégulière, non ulcérée, dont nous enlevons avec la curette un fragment aussi profond que possible. L'épiglotte se montre toujours un peu gonflée dans sa moitié gauche. Sa mobilité nous empêche de l'entamer avec la curette dans le but d'en extraire un fragment. La fausse corde gauche paraît avoir augmenté de volume. Soupçonnant à ce niveau la formation d'un foyer nouveau, nous en extrayons un fragment. Au moment de terminer notre examen, nous avons le regret d'apercevoir entre le bord gauche de l'épiglotte et la paroi latérale gauche du pharynx une large ulcération offrant l'aspect caractéristique de la tuberculose ; nous réussissons à en extraire un gros fragment. Toutes les parties suspectes sont vigoureusement badigeonnées à l'acide lactique et le malade est renvoyé à la campagne avec recommandation de se représenter dans huit jours à notre examen. Tous les fragments extraits sont adressés au Dr Dubief qui nous fait bientôt parvenir la réponse suivante :

« Dans le fragment n° 1 (lésion aryténoïdienne), je n'ai pas » trouvé de lésion tuberculeuse ; c'est un fragment de muqueuse » avec beaucoup de tissu fibreux.

» Dans le n° 2 (fausse corde gauche), je n'ai pas trouvé de » lésion du tout, si ce n'est, en un point, une desquamation » épithéliale sans caractère.

» Le n° 3 (ulcération pharyngienne), est une lésion profonde » qui présente tous les caractères des lésions tuberculeuses : » infiltration profonde de la muqueuse et du tissu sous-jacent » avec nombreux follicules tuberculeux. Cependant, je n'ai pu » constater de bacilles de Koch, mais il est probable qu'une » recherche de plus longue haleine en amènerait la trouvaille. »

Un point de cette observation reste douteux : il est relatif à la date d'apparition de l'ulcération pharyngée ; celle-ci existait-elle déjà lors de notre premier examen, et avait elle échappé à notre investigation ? Ou bien, s'était-elle formée dans l'intervalle de nos deux explorations ? Dans la première hypothèse, le traitement général aurait été impuissant à prévenir le développement de cette lésion nouvelle ; dans la seconde, il aurait été inefficace à lui seul pour la faire disparaître. La présence de cette ulcération pharyngée établit donc de toute façon l'insuffisance du traitement général, au moins dans certains cas, quand il est employé seul contre les lésions tuberculeuses ; nous voyons, au contraire, quels résultats satisfaisants il peut donner, quand il est combiné avec le traitement local, puisque, chez le malade en question, et chez celui dont nous avons rapporté l'histoire au début de ce travail, nous avons pu obtenir la cicatrisation persistante d'ulcérations manifestement tuberculeuses.

(*A suivre.*)

FORMULAIRE DU PRATICIEN

GYNÉCOLOGIE

I. **Traitement de la vulvite ulcéreuse des diabétiques.** — M. Menière formule la préparation suivante :

Naphtol B.	1	gramme
Teinture de bois de Panama.	10	—
Extrait de jusquiame . . .	4	—
Eau distillé.	76	—

F. s. a. une émulsion.

En vaporiser quotidiennement 20 grammes, en écartant avec soin les petites lèvres.

Compléter le traitement par le régime et la médication alcaline.

II. **Traitement des métrorrhagies par l'ergotine en lavements.** — Dans les cas où l'ergotine est mal tolérée par la voie buccale, on peut, à l'exemple de Rheimtater et autres, prescrire, immédiatement après un lavement évacuant, l'injection, par la voie rectale, d'une cuillerée à café de la solution suivante dans trois grandes cuillerées d'eau tiède :

Ergotine	10	grammes
Eau distillée.	70	—
Glycérine	20	—
Acide salicylique.	0,20	centigr.

F. s. a. pour l'usage externe.

SYPHILIGRAPHIE

III. **Traitement de la syphilis par les iodures en lavements.** — Préconisé par divers observateurs, soit isolément, soit combiné aux frictions mercurielles, ce traitement a donné des résultats favorables contre les périostites syphilitiques et les douleurs ostéocopes.

On injecte, dans le rectum, la solution suivante tiède :

Iodure de potassium. . .	1	gramme
Extrait de belladone. . .	0,03	centigr.
Eau.	80 à 100	gr.

Digitized by Google

Répéter ces lavements deux ou trois fois quotidiennement. Leur action est prompte et la tolérance satisfaisante.

S. R.

REVUE DES CONGRÈS

A propos de la grippe et de sa prophylaxie

Piracicaba (Brésil), 9 juillet 1890.

La grippe s'est propagée dans les villages les plus éloignés du Brésil.

Plutôt galante que cruelle, l'Influenza a été une épidémie à la dernière mode, presque souhaitée par les petits maîtres et par les demoiselles romanesques.

L'histoire de cette épidémie aussi bénigne que monotone est intéressante, seulement au point de vue de sa contagiosité, des modalités cliniques et du traitement prophylactique.

Ici, la grippe a été transportée par des personnes venues de Santos et de Saint-Paule où elle régnait. Ainsi importée elle s'est propagée jusqu'aux habitations rurales. J'ai observé sa transmission entre des personnes saines couchant dans le lit d'individus malades.

Il va sans dire que les hypérhémies ou les catarrhes des voies respiratoires sont toujours si fréquents ici à l'entrée de l'hiver, sont dépourvues de cette contagiosité et de cette spécialité.

Pendant cette épidemie maintenant à peu près finie, la forme catarrhale légère a prédominé chez les enfants, el les formes douloureuses, fébriles et gastro-intesnales chez les adultes. La médication qui m'a toujours réussie a consisté dans l'emploi de l'ipéca, de l'aconit, de l'esprit de Mindérérus, de l'antipyrine, de la phénacétine, de la caféine, des sels de quinine et du salicylate de bismuth.

Je ne connais pas de médication préservatrice de la grippe. La quinine comme prophylactique me parait sans aucune efficacité. J'ai donné des soins à bien des malades atteints de l'influenza, qui faisaient usage de la quinine etmalgré son emploi j'ai vu, contrairement aux affirmations téméraires de certains médecins allemands, toujours la grippe évoluer de la même manière que chez ceux qui n'en avaient jamais fait usage,

Dr Tiberio Lopes d'Almeida
Membre de l'Académie de médecine de Rio de Janairo.

REVUE DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Le baccalauréat au Conseil supérieur de l'instruction publique. — Le baccalauréat des étudiants en médecine. — Un baccalauréat ès-sciences médicales.

Il y a un point sur lequel tout le monde s'accorde : la nécessité d'imposer à tous les aspirants ou doctorat en médecine un certain degré de culture intellectuelle.

Le projet de réforme que le Conseil supérieur de l'instruction publique vient d'élaborer peut-il satisfaire à cette nécessité ?

Le baccalauréat doit être, on l'a dit souvent, un *certificat d'études classiques* prouvant que le candidat possède ce fonds d'instruction que tout homme bien élevé doit, a dû acquérir. On en a fait un *grade universitaire* destiné à permettre l'accès de certaines carrières et, entre autres : celui de la carrière médicale. Cette transformation n'a point été heureuse et on le voit bien par les critiques universelles dont cet examen et ses programmes ont été l'objet.

Les réformes dont le ministre de l'instruction publique avait saisi le Conseil supérieur, devraient-elles restituer au baccalauréat, en partie du moins, son caractère originel ? En principe, on l'espérait, et la création du *livret scolaire* était un pas dans cette voie. Aujourd'hui, le Conseil supérieur s'est prononcé ; il ne condamne point le livret scolaire, mais il lui enlève toute valeur. Il ne simplifie et il n'oblige point les programmes, ou s'il le fait en apparence, c'est aux dépens d'un enseignement utile entre tous, les langues vivantes.

En deux mots, peu de réformes, ou des réformes secondaires. Il fallait s'y attendre un peu, du moment que l'on interrogeait un conseil de professeurs dont la plupartsont intéressés, sur le maintien d'un grade universitaire ; dont les droits, il faut bien l'avouer, font vivre en partie plus d'une de nos Facultés des Sciences ou des Lettres.

Mais arrivons au fait. Quelle est la situation future, au point de vue universitaire, de l'aspirant au doctorat en médecine ?

Après la rhétorique, il devra, comme tous ceux de ses camarades qui se destinent à d'autres carrières, subir une série d'épreuves littéraires : version latine, composition française, explication de textes grecs, latins et français ; thème oral et explication orale d'une langue vivante, interrogation sur l'histoire, la géographie et les mathématiques, etc., etc. Bref : à quelques différences près, et à part la suppression de la philosophie, le programme du baccalauréat ès-lettres actuel est maintenu. On l'allège seulement de sa deuxième partie, ou plutôt on ne l'allège point, mais on transforme cette deuxième partie.

Cette première série d'épreuves constitue le baccalauréat des rhétoriciens. Il doit, paraît-il, convenir à tout le monde, et, parce qu'on l'impose à tout le monde, futurs polytechniciens, normaliens, avocats ou médecins, on estime qu'il pourra jouer le rôle d'un certificat d'études littéraires classiques.

C'est là un demi-baccalauréat. Pour le compléter, le Conseil supérieur a, en principe, mais en principe seulement, accepté la création d'un examen complémentaire, autre demi-baccalauréat qui, sous le nom de baccalauréat ès sciences physiques et naturelles, sera exigible avant l'admission dans les Facultés de médecine.

En apprenant cette résolution, on se disait : « Ce baccalauréat ès sciences a vécu ; il est mort. » Puis on ajoutait : « Enfin, on va donc pouvoir modifier sérieusement l'enseignement des sciences accessoires dans nos Facultés ! »

Eh bien, non ! Au moment de conclure, le Conseil a renvoyé à une date ultérieure une décision ferme sur ce point. Une commission, qui n'est pas encore formée, devra préparer un programme. En d'autres termes, c'est un ajournement.

Cet ajournement convient peut-être aux adversaires des réformes : c'est un répit de quelques mois. Il ne

Digitized by Google

satisfait guère les intérêts des jeunes gens qui se destinent à l'étude de la médecine.

Dès 1891, le baccalauréat des rhétoriciens sera obligatoire pour eux. Et après, quelles épreuves la commission leur réservera-t-elle? Il serait fort urgent néanmoins d'en connaître le programme.

Sera-ce un autre baccalauréat ès sciences restreint? Non, à moins de faire revivre ce que l'on vient de tuer. Ou bien un baccalauréat complémentaire réellement spécial aux médecins : le baccalauréat ès sciences biologiques? Celui-là n'existe pas encore!

On parle de préparations d'histoire naturelle; on parle même d'opérations élémentaires de physique et de chimie; on parle enfin d'autres choses. Puisse la commission se contenter d'interrogations pratiques sur les sciences naturelles et permettre ainsi la suppression de l'enseignement théorique des sciences accessoires.

C'est ainsi seulement que, sans redevenir certificat élémentaire d'études littéraires, comme il serait désirable, et sans demeurer seulement, comme on le redoute, un grade universitaire, le baccalauréat remplacerait utilement, pour des étudiants en médecine, ces examens spéciaux qui assurent la valeur du recrutement des grandes écoles du gouvernement, telles que l'Ecole polytechnique, l'Ecole forestière ou l'Ecole normale. Ce serait de plus un acheminement vers la création aussi logique qu'urgente d'un *baccalauréat ès sciences médicales.*

CH. E.

LETTRES D'ANGLETERRE

La 58e session du Congrès de l'Association médicale britannique

Birmingham, 31 juillet 1890.

Les discours présidentiels. — La réforme de l'enseignement médical en Angleterre

Hier, 30 juillet, au milieu d'une affluence inaccoutumée de médecins américains de passage à Birmingham, ou se rendant au congrès médical de Berlin, devant quelques Français et quelques Suédois, la 58e session de l'Association médicale britannique a été ouverte par un important discours sur l'*éducation du médecin.*

Pour être complet, il me faudrait signaler, par ordre chronologique, le sermon de l'archevêque de Canterbury, sur les *devoirs du médecin*, sermon prononcé devant les membres du bureau du congrès dans l'église de Saint-Martin; le rapport de M. Wheelhouse, président de la dernière session, et celui du trésorier. J'ai hâte d'en arriver au discours qui aura quelque retentissement en Angleterre en raison de l'actualité des questions relatives à l'enseignement médical. Ici, en effet, comme en France, on s'en occupe et on paraît, plus qu'en France, décidé à réaliser des réformes sérieuses. Je regrette que les professeurs de nos Facultés françaises et les membres du conseil supérieur de l'Instruction publique, n'aient pas trouvé le temps de franchir le détroit; ils auraient pu se convaincre de l'importance du mouvement de l'opinion médicale.

L'adresse présidentielle de M. Willoughby Francis Wade, médecin de l'hospice général de Birmingham, avait donc pour but d'appeler l'attention des membres de l'Association médicale britannique sur l'éducation classique générale des jeunes gens qui se destinent à embrasser la profession médicale.

Je ne suivrai pas M. Wade dans ses développements oratoires; mais, de ce long discours, je retiens le passage suivant où il insiste sur la nécessité de consacrer deux années à l'éducation scientifique de l'élève en médecine, c'est-à-dire à l'étude des notions de physique, de chimie et de biologie, éducation qui doit précéder les études médicales, et qu'un examen doit démontrer suffisante avant l'admission aux cours de médecine.

Voici donc ici aussi, mais sous une forme différente, la question des sciences accessoires.

Ici aussi, il y a des biologistes décidés à tout sacrifier à la physique, à la chimie et à l'histoire naturelle. Ici, il est vrai, étant donnée l'organisation différente de l'enseignement, ils ne parlent pas en qualité de fonctionnaires publics, ils ne monopolisent pas comme en France le droit de donner des avis au gouvernement et de faire valoir, pour retarder toute réforme, l'argument des situations acquises. Non, ici, on tient compte de l'opinion de la majorité du corps médical. C'est plus démocratique et plus libéral.

Il y a donc ici une opinion publique sur ces questions. C'est pourquoi M. Wade s'adresse à elle. C'est pourquoi il convie, bien sûr d'être entendu, tous les membres de l'Association médicale britannique à discuter la solution de ce problème. Ici, les institutions sont monarchiques, mais les mœurs sont libérales. C'est l'inverse de ce qui se passe dans notre Université.

Mais je laisse de côté ces réflexions et je reviens à son discours.

Il faut, a-t-il dit, rappelant les paroles et le nom de Trousseau, redouter que, cessant d'être un art, la médecine devienne seulement une science. L'abus des sciences accessoires conduit les étudiants à se transformer en naturalistes, en physiciens ou en chimistes; à faire proscrire le latin hors des études classiques, à restreindre l'enseignement des belles lettres; il empêche donc de faire des hommes et des médecins. En résumé, on ne doit point, *propter scientiam, sciendi perdere causas.*

J'insisterai moins sur le discours magistral de M. Forster, professeur au Queen's College de Birmingham, sous la rubrique de *The public aspects of medecine*, il a montré l'action puissante que les découvertes bactériologiques et chimiques de nos contemporains ont exercées sur l'opinion, sur la législation et sur la santé publique.

Chemin faisant, l'orateur a su rendre hommage à la mémoire de Laënnec et aux travaux de M. Pasteur. Il est toujours bon de noter ceux des étrangers qui n'oublient point de rappeler l'œuvre de la science française et de ses chefs.

Le troisième discours, celui de M. Lawson Tort, traite aussi de l'éducation des étudiants, mais spécialement de l'*éducation pratique de la chirurgie.*

Digitized by Google

M. Lawson Tait s'élève contre l'abus des théories et contre les argumentations doctrinales. Ce sont des amas de paroles. Or, ce qu'il faut c'est plutôt accumuler des faits.

L'enseignement actuel de l'anatomie et de la physiologie consiste trop souvent à encombrer la mémoire des élèves d'une multitude de faits. Ils satisfont à leurs examens ; mais en devenant des diplômés, ils ne sont pas pour ce motif de véritables chirurgiens.

Il ne s'agit point de créer des générations d'anatomistes, de physiologistes et d'histologistes de profession ; non, il faut par une éducation bien comprise, cultiver « ces qualités naturelles » que le chirurgien doit posséder « et que le diplôme ne lui procure pas », s'il n'en est déjà doué.

On est, d'après M. Lawson Tait, chirurgien par vocation. Eh bien, ajoute-t-il, pour favoriser ces vocations, il faut rendre l'enseignement pratique, et apprendre aux étudiants « à se servir de leurs mains » tout autant que de leur intelligence. « Un chirurgien accompli, ajoute-» t-il, doit être un homme bien élevé, aux doigts habiles, « et aussi, habitué par une solide éducation classique à « manier avec élégance et clarté l'idiome national ».

Les médecins et les chirurgiens anglais éprouvent donc la même préoccupation, quand ils demandent de ne plus encombrer les études médicales par un temps trop considérable consacré aux sciences accessoires. Ils en redoutent les abus ; et ils n'ont pas tort.

A nos professeurs de Facultés qui entendent maintenir le régime actuel de l'enseignement, dussent les sciences médicales en périr, pour sauver la physique, la chimie et l'histoire naturelle, on peut répéter ces paroles de M. Lawson Tait : « *The is, the absurd attention, to detail and the enormous waste of time involved in the biological training of the surgeon student.* Ce qui est vrai pour le chirurgien ne l'est-il pas autant pour le médecin ?

Dans cette lettre j'ai voulu signaler ce puissant courant d'opinion en faveur des réformes. Les Universités s'en rendent compte ; le corps médical tout entier s'y intéresse et dans ce pays, si fidèle à ses coutumes et à ses institutions les plus anciennes, on veut entrer plus résolument que chez nous dans la voie du progrès. Il est des aveux qui sont pénibles pour notre patriotisme, mais qu'il serait coupable de ne point formuler (1).

R. D. C***.

CONGRÈS DE MÉDECINS ALIÉNISTES A ROUEN

Le premier Congrès d'aliénation mentale.

Rouen, 5 août 1890.

Aujourd'hui, mardi, un certain nombre de médecins aliénistes et neurologistes ont pris rendez-vous à Rouen pour assister à la première réunion du Congrès d'aliénation mentale.

Dans quelques heures, ce Congrès s'ouvrira avec un éclat qui promet d'être grand et avec un succès, nous le souhaitons, qui démontrera aux plus sceptiques l'utilité de ces assises périodiques entre praticiens dévoués aux mêmes intérêts scientifiques et humanitaires.

Le *Journal des praticiens* aura l'occasion de rendre compte des travaux de ce Congrès qui promet de ne point être stérile. Ce matin, la plupart de ses membres sont arrivés ici et tous se félicitent du succès de cette tentative dont l'initiative remonte, si je ne me trompe, aux pourparlers qui ont suivi ou accompagné le Congrès international de médecine mentale de l'année 1889.

Tout à l'heure aura lieu la cérémonie officielle, sous la présidence du préfet et de la municipalité rouennaise. Les journaux politiques en feront connaître les détails. Inutile d'en décrire les préparatifs.

L'organisation du Congrès est heureuse. On a choisi un sujet de discussion de haute importance. La plupart des membres y pourront prendre part et les *relations de la paralysie générale avec la syphilis* deviendront peut être plus précises et moins contestées après les communications de MM. *Doutrebente* : (Syphilis cérébrale). *Dubuisson* : (Recherches sur la fréquence et l'étiologie de la paralysie générale). *Régnier* : (Rapports de la syphilis cérébrale et de la paralysie générale). *Régis* : (Relations de la syphilis et de la paralysie générale). *Malfilâtre* : (Note sur le rôle étiologique des myélopathies dans la paralysie générale). *Cullerre* : (Relations de la paralysie générale et de la syphilis), et de M. *Laillier* : (Considérations sur l'urine dans la paralysie générale).

Cette discussion, à laquelle MM. Voisin, Belons et Rouillard doivent prendre part, occupera toute la séance de l'après-midi de ce jour.

Demain, 6 août, et vendredi 8 août, l'ordre du jour de la séance du matin est consacré aux travaux suivants : *Rouillard* : (Crimes et délits commis dans les asiles d'aliénés). *Saury* : (Note sur le cocaïnisme), *Mordret* : (Atrophie thyroïdienne chez les idiots). *Gauran* : (Guérison d'un accès de folie à la suite d'une opération de cataracte). *Auguste Voisin* : (De l'aide que le chloroforme à très petite dose apporte à la production du sommeil hypnotique). *J. Séglas* et *P. Sollier* : (Etude sur un cas d'amnésie). *Gilbert Ballet* : (Des états de stupidité et de stupeur en aliénation mentale), *Bourneville* : (Idiotie myxœdémateuse).

Le *projet de revision de la loi* du 30 juin 1838 fera l'objet de la séance de l'après-midi du 6 août. Puissent des résolutions fermes être votées, qui exerceront une heureuse influence, on le désire, sur nos législateurs. Enfin, comme complément à ces travaux, les membres du Congrès sont conviés à visiter l'asile de Quatre Mares et celui de Saint-Yon.

J'ajouterai, en vous transmettant ces informations, que nos confrères rouennais rivalisent de courtoisie à l'égard des membres du Congrès pour rendre plus attrayant encore notre séjour parmi eux.

Il y a dans cette cité un centre d'émulation scientifique qui fait le plus grand honneur au corps médical de

(1) Nous publierons dans nos prochains numéros, une *Revue critique de ce Congrès*, et de ceux des travaux de ses membres qui intéressent la clinique et la thérapeutique, c'est-à-dire, suivant le titre et l'esprit de ce journal, *la pratique*.

N. D. R.

Digitized by Google

la Seine-Inférieure. On n'y parle point d'université régionale, on s'y occupe peu des querelles de facultés ; mais on y travaille et on y lit volontiers, un vaillant journal, la *Normandie médicale*, qui est l'ardent défenseur de la liberté, du progrès et de la décentralisation de l'enseignement.

Voilà ce que le discours officiel ne dira peut être point tout à l'heure, mais ce que j'ai entendu depuis hier exprimer par un grand nombre de congressistes.

Pour juger de la vitalité de la médecine mentale française, il ne faut donc pas, je pense, aller à Berlin.

Dr X...

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 juillet 1890.

Présidence de M. le Dr Nicaise

Des perforations de l'appendice iléo-cæcal. — M. Reclus rapporte trois cas de perforation de l'appendice vermiculaire et trace la conduite à tenir en présence de cet accident.

Un garçon de quinze ans, après une indigestion de cerises, est pris de douleurs vives dans le flanc droit, de constipation, bientôt suivies de vomissements porracés. Dès le deuxième jour, l'état général est très mauvais, le ventre météorisé, la température de 40 degrés. Le quatrième jour, M. Reclus voit le petit malade : le ventre est ballonné, tendu, très douloureux à la pression, surtout dans la fosse iliaque droite, la peau est légèrement œdémateuse près l'arcade de Fallope ; le pouls est petit, misérable ; il n'y a pas eu de garde-robe depuis le début des accidents. Il diagnostique une perforation de l'appendice vermiculaire, avec péritonite secondaire, et pratique la laparotomie par une incision d'abord parallèle au ligament de Poupart, puis oblique en haut et en dedans. Lorsque le fascia transversalis eut été incisé, M. Reclus tomba d'abord sur un premier abcès, qu'il vida, puis le cœcum fit hernie au travers des lèvres de la plaie. L'appendice était collé sur la face postérieure du cæcum par d'épaisses fausses membranes ; un deuxième abcès existait en arrière du gros intestin, sans communiquer avec le péritoine : il fut vidé et lavé comme le premier. Après résection de l'appendice, le ventre fut refermé ; l'enfant succomba dix-huit heures après l'opération.

Un autre malade souffrait depuis deux ans de douleurs dans le flanc droit ; son médecin le soignait pour des coliques hépatiques. Tout à coup, après un déjeuner, il est pris de douleurs vives dans le flanc droit, avec vomissements. Il ne tarde pas à présenter tous les symptômes d'une occlusion intestinale ; le ventre se météorise ; on note une certaine tuméfaction au-dessus de la fosse iliaque. Instruit par le cas précédent, M. Reclus pense à une perforation de l'appendice vermiculaire et pratique la laparotomie par le même procédé. Un premier abcès existe en avant du cœcum, contenant un pus fétide dans lequel on trouve des débris de l'appendice vermiforme ; derrière le cœcum, nouvel abcès qui fut traité de la même façon. Cette opération fut suivie de succès, et le malade guérit rapidement ; il en fut de même dans un troisième cas analogue aux précédents.

La pathogénie des perforations de l'appendice cæcal est connue depuis longtemps : des pépins de fruits, des débris d'aliments, des matières fécales durcies s'engagent dans cet appendice, exercent une certaine compression sur ses parois, et finilament déterminent une plaque de gangrène, d'où la perforation. Deux cas peuvent alors se présenter : 1° aussitôt après la perforation, les matières se répandent dans le ventre provoquant une péritonite généralisée toujours mortelle, si l'on n'intervient pas ; 2° il existe une inflammation chronique péri-cæcal, avec adhérences néo-membraneuses qui empêche l'issue des matières et au milieu desquelles on trouve du pus ; en un mot il s'est formé une péritonite localisée. La laparotomie doit être faite à une période aussi rapprochée que possible du début des accidents ; elle est rarement suivie de succès quand la péritonite est généralisée. Au contraire, on a chance d'aboutir à un heureux résultat, quand elle est localisée, l'appendice vermiforme doit être réséqué et le foyer soigneusement désinfecté.

Traitement des abcès des annexes de l'utérus. — M. Laroyenne, de Lyon, dans une lettre adressée à la Société, indique qu'il traite depuis longtemps les collections purulentes des ovaires et des trompes en les ouvrant par le vagin ; il les ponctionne avec un trocart, puis agrandit l'ouverture avec le bistouri. Lorsqu'une hemorragie se déclare, il l'arrête en faisant la compression avec une éponge. Si le foyer est double, il l'ouvre par la même incision. On sait que pour M. Bouilly l'existence d'une double ovarite ou d'une double salpingite contreindiquait l'opération.

M. Deleux lit une observation de M. Rolland, de Tours, rapportant un cas d'**hemorragie traumatique du corps vitré**, guérie par la ponction de la chambre antérieure de l'œil.

M. Championnière lit une statistique de 44 cas de **résection du genou**, opérés avec succès dans son service.

M. Gueniot rapporte un cas d'**inclusion fœtale**. Il s'agit d'un enfant né dans la veille son service, et présentant un embryon inclus dans la bouche. Un fil a été placé sur la moitié externe du pédicule et l'embryon excisé ; sur la pièce anatomique, on voit distincteme t la bouche et les lèvres au milieu d'une masse charnue. L'enfant est bien portant et M. Guéniot se propose d'exciser à bref délai le reste du pédicule fixé dans la cavité buccale.

Les séances de la Société sont suspendues jusqu'au premier mercredi d'octobre.

Dr H. Marciguey.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 juillet 1890

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

M. Vidal lit une note sur le *traitement de la scarlatine par l'acétate d'ammoniaque à hautes doses*. Il en résulte que ce médicament est bien toléré à la dose de un gramme par année d'âge du malade. Il produit un abaissement de température et il abrège la durée de la maladie.

M. Berger lit une observation *d'abcès central de la diaphyse du fémur* chez un malade atteint d'un vaste anthrax. On a trouvé dans le pus de l'abcès le staphylococcus pyogène aureus.

M. Guéniot lit une observation de *rupture utérine avec passage partiel* du fœtus dans le péritoine. Le fœtus fut extrait par version par la voie naturelle. La femme guérit avec la compression abdominale de haut en bas, l'application de glace sur le ventre et les injections antiseptiques. Du reste l'état de la maternité est excellent. Le chiffre des décès par affections puerpérales a été de 0,77 0/0 en 1888 ; 0,58 en 1889 ; 0,62 en 1890.

M. R. Blache lit un travail sur la *protection de l'enfance dans le département de la Seine*. Le nombre des nourrissons protégés a augmenté de 200 ; il est de 3121 dans le département de la Seine. L'élevage au biberon est appliqué encore trop souvent, mais il est bien plus surveillé qu'autrefois et il a moins d'in

Digitized by Google

convénients. La mortalité a été de 7,47 0/0. Elle est plus grande chez les enfants élevés au biberon que chez ceux nourris au sein. Il est utile d'apporter des perfectionnements dans le service de surveillance. Il faudrait que le médecin visitât l'enfant, mis en nourrice, dans les trois premiers jours de son arrivée.

Traitement de l'endométrite. — M. Polaillon lit un rapport sur un mémoire de M. le Dr Doléris sur le curettage utérin. L'éfficacité de la méthode est assez médiocre, surtout si on songe que le curettage est en somme une opération assez sérieuse. La cautérisation donne de meilleurs résultats. Le traitement de M. Doléris échoue dans la métrite du col, dans celle qui est compliquée de lésions de voisinage. Son effet se porte uniquement sur la muqueuse. Quand il y a des lésions de voisinage, le curettage est nuisible ; il aggrave ces lésions. Il faut toujours traiter l'endométrite avant de faire des opérations plus graves. On réussit rarement par le curettage. L'emploi de la flèche caustique au chlorure de zinc est préférable.

M. Doléris dénonce la cautérisation comme un méfait chirurgical. C'est là une exagération. Nous savons tous qu'elle n'est pas aussi coupable. Cependant il est évident que le curettage est utile entre des mains prudentes et expérimentées. Mais il exige l'anesthésie. Il n'en est pas de même de la cautérisation qui, de plus, n'est pas dangereuse. Le curettage, tout en étant utile dans certains cas, ne peut pas prendre une place exclusive dans le traitemsnt de l'endométrite.

M. Charpentier. — L'objection de la nécessité de l'antisepsie pour le curettage n'est pas sérieux. Nous faisons tous l'antisepsie, qui est indispensable dans le traitement des maladies des organes génitaux de la femme. J'ai fait une centaine de curettages, je n'ai eu qu'une fois des accidents : c'était dans un cas où l'antisepsie avait été incomplète. Le curettage doit être complet : il faut se servir d'une curette tranchante. Le curettage est tout indiqué quand il y a des lésions de voisinage à l'état aigu. Le chlorure de zinc a l'inconvénient de produire l'atrésie du col. Le curettage n'a pas cet inconvénient. Guérit-il toujours ? Evidemment non, mais il réussit dans la majorité des cas. Il n'est pas douloureux. La cautérisation au chlorure de zinc est très douloureuse. Les femmes souffrent pendant douze et quinze heures.

M. Polaillon est d'accord avec M. Charpentier sur plusieurs points. Oui, le curettage est efficace, mais c'est une méthode compliquée. Pour qu'elle réussisse, il faut qu'elle soit exécutée parfaitement. De plus, l'antisepsie des organes internes, qui est indispensable, est très difficile à réaliser. Le curettage peut produire des accidents : hémorragies, péritonites, douleurs. Avec le chlorure de zinc, l'antisepsie préalable n'est pas nécessaire. Il n'est pas douloureux. Quant à l'atrésie du col, tous les procédés qui portent sur cet organe la produisent. Dans l'endométrite de la ménopause, le chlorure de zinc est préférable.

M. Béchamp lit un travail sur la *composition du lait*.

F. R.

BULLETIN DE LA SEMAINE

La semaine aux Congrès. — Le discours de Virchow au Congrès de Berlin. — Les Metternichs médicaux. — Le patriotisme allemand et l'internationalisme scientifique.

Hier à Berlin, aujourd'hui à Rouen, demain à Limoges : *Congrès international de médecine, Congrès des aliénistes français, Congrès de l'Association française pour l'avancement de la science* ; trois Congrès ouverts en huit jours, c'est beaucoup.

Dans le monde des théâtres, on s'arrange d'ordinaire pour ne pas donner, dans une même semaine, la première de trois pièces nouvelles : c'est de prudence ; on dit même que c'est de sage concurrence.

Les impresarii de nos représentations scientifiques à grand spectacle ne possèdent pas cette sagesse et négligent cette précaution ; c'est bien fâcheux. Voilà le seul motif pour lequel, faute de place, je dois me contenter, pour aujourd'hui, de saluer chaleureusement nos deux Congrès français et nationaux et, suivant l'ordre chronologique, de parler seulement de l'ouverture solennelle du Congrès berlinois.

***

Le télégraphe a fait connaître *urbi et orbi* les principaux passages de la harangue inaugurale du président Rudolph Virchow. Cela me dispense d'en reproduire le texte, mais non d'en apprécier le ton, l'esprit et la forme.

Ce discours était fort bien embouché sur les lèvres d'un orateur que le Parlement allemand et l'opposition constitutionnelle se sont pendant si longtemps enorgueillis de posséder.

En prenant possession du fauteuil présidentiel de cette assemblée, que l'on croyait purement médicale et que l'on disait exclusivement scientifique, M. Rudolph Virchow n'a donc point essayé de dépouiller le vieil homme. Cette attitude s'explique. Elle a bien pu, pendant un instant, mettre mal à l'aise ces délégués qui ont obtenu de leurs gouvernements la faveur mal définie de jouer aux Metternichs dans un Congrès médical et non diplomatique.

Cette harangue, il faut l'avouer, n'est pas banale. D'habitude, les discours qui servent de prologue à ces réunions internationales manquent d'originalité. On y entonne sur un mode connu l'hymne à la science universelle ; M. Virchow chante celui de la science allemande en général et celui de la science berlinoise en particulier.

D'ordinaire, on y salue de paroles courtoises des hôtes souvent venus de loin ; on y rappelle, menue monnaie de la politesse, les noms et les travaux des savants absents ou récemment décédés.

Bref, sous une forme oratoire, on y fait du cosmopolitisme et on y couvre avec les plus belles fleurs de la rhétorique, la science du voisin. Cela n'est point compromettant et cela paraît même assez monotone. Mais, on y est habitué ; ces compliments n'engagent à rien et ont toujours pour avantage de procurer aux jeunes attachés d'ambassade scientifique, les pamoisons d'une douce joie à laquelle ils ne sont pas accoutumée.

M. Rudolph Virchow les a privés de cet innocent plaisir. Ce n'est point généreux ; il aurait pu leur accorder cette satisfaction, sans cesser un seul instant « de se féliciter » agréable congratulation, surtout quand on se l'adresse à soi-même, « d'ouvrir le Congrès dans la « ville à laquelle depuis tant d'années, il a consacré « toute son activité publique. »

***

Ce Congrès, avait-on dit et M. Virchow le répète, doit être un Congrès de paix. Nul n'en a jamais douté

Digitized by Google

et—comme en médecine aussi bien qu'ailleurs il faut être fidèle au proverbe : *si vis pacem para bellum*, — le président berlinois le prouve, logique irréfutable, en conviant les congressistes à se rendre compte « des formations sanitaires allemandes en temps de guerre » ; en déclarant, fait incontestable, que « les médecins militaires allemands peuvent soutenir toutes les comparaisons » et, affirmation assez inattendue dans le cours d'un discours médical, en réfutant une opinion, calomnieuse, paraît-il, d'après laquelle — « on dit, volontiers, que tous les efforts de l'Allemagne sont concentrés vers la préparation de la guerre. »

Toujours l'apologue de la poutre et de la paille. Voyez-vous, M. Virchow, le meilleur moyen de conserver la paix, ce serait, je crois, de moins souvent parler de la guerre.

***

Une partie du discours de M. Virchow, et c'est à coup sûr la meilleure, rappelle les efforts heureux et gigantesques de la municipalité de Berlin pour combattre la misère par l'organisation de l'assistance médicale, et pour assainir la cité, en drainant son sous-sol, en distribuant des eaux potables, meilleures, sinon parfaites, en construisant des égouts et en établissant de magnifiques champs d'irrigations.

***

Ici, le président du congrès de Berlin aurait pu utilement prononcer le nom de l'ingénieur français Durand Claye, dont les beaux travaux n'ont pas été étrangers à la préparation et au succès de cette grande œuvre d'hygiène. M. Virchow ne l'a point fait. L'un des meilleurs moyens d'assurer la paix scientifique comme l'autre, ne serait-il donc pas de citer les noms de nos savants et de restituer à chacun ce qui, à bon droit, lui appartient.

***

Le discours du président du congrès de Berlin est, avant tout, celui d'un Allemand. M. Virchow aime l'Allemagne et sacrifie très discrètement sur l'autel de l'internationalisme scientifique. Son patriotisme est ardent. Il est entier, exclusif, presque jaloux ; mais la jalousie ne devient-elle pas une vertu quand il s'agit de la patrie.

Ce sentiment est peut-être celui qui, l'année dernière, empêchait les médecins allemands d'assister à nos congrès internationaux de l'année 1889? Dans ce cas, le discours de M. Virchow, personnage politique, parlant d'abord au nom de l'empereur absent ou au nom de la municipalité de Berlin, et ensuite, comme président du comité allemand d'organisation du congrès, aurait une autre signification. Il serait, je l'écris avec une amère tristesse, une *leçon d'allemand* à l'usage des congressistes étrangers (1).

CH. ELOY.

(1) Nous commençons aujourd'hui la publication de quelques-unes des communications lues à ce congrès. Dans les prochains numéros nous publierons une *Revue critique* aussi complète que possible de ses travaux.

De plus, un de nos collaborateurs, M. le docteur H. Gillet, est actuellement à Berlin, avec mission de renseigner le *Journal des praticiens*, sur tous les incidents scientifiques et autres du congrès.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

Les délégués officiels au Congrès de médecine de Berlin. — On lit, dans la *Normandie médicale* du 1er août 1890, les réflexions suivantes :

Il parait que quelques professeurs de la Faculté de Paris vont être envoyés en mission au Congrès de Berlin, dont le président sera M. Virchow. Nous n'avons pas qualité pour apprécier la ligne de conduite de nos maîtres; cependant nous sommes de ceux qui n'ont rien oublié de l'année terrible, et nous croyons que beaucoup de confrères ont aussi bonne mémoire. Personne n'a jamais insulté la France comme l'a fait le professeur Virchow; c'est lui qui a dit que « l'état mental des Français se rapprochait de l'idiotie paralytique ou de la folie raisonnante » Dans la bouche d'un vaincu, ces paroles s'excuseraient, car c'est être innocent que d'être malheureux; mais chez un vainqueur, elles donnent la mesure de son caractère. personne n'a jamais insulté la France comme M. Dubois-Raymond, ce descendant des protestants français.

Depuis 1870, les Prussiens ont refusé de venir à nos Congrès et à nos Expositions; chaque fois que l'occasion se présente, ils passent sous silence les noms des savants français dont ils s'approprient les idées; en Angleterre, en Italie, en Amérique, leurs journaux ou leurs correspondants cherchent à rééditer périodiquement l'idée que la science française n'est que bavardage, que seule la science allemande est la vraie, « celle qui émane de Dieu ». Dans leur pays, le cri de : Vive la France! est puni de la prison ou de l'amende, et se faire honneur d'être Français y est un crime pour quelques hommes, Les professeurs de la Faculté vont passer de bien douloureuses vacances dans ce pays-là !

Serait-il donc vrai qu'un certain nombre de délégués ont omis de partir, et au dernier moment ont oublié de faire effacer leurs noms des listes adressées aux journaux politiques? Omission là, oubli ici; notre confrère rouennais en a peut-être découvert la raison.

La question marseillaise. — Le débat continue, M. Espagne (de Montpellier) propose une solution dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier* du 2 tout courant. La voici :

Pour notre part, nous ne verrions aucun inconvénient à ce que le gouvernement de la République doté Marseille, non d'une Faculté de Médecine, dont elle n'a que faire, mais d'un grand établissement technique des sciences appliquées, d'une grande Faculté des Sciences commerciales, peu importe le nom qui lui serait donné, d'une sorte de Collège de France méditerranéen où l'on enseignerait toutes les langues vivantes de l'Europe et de l'Orient, y compris le provençal, l'étude approfondie des poids et mesures et des manières de compter de tous les peuples, la physique et la chimie appliquées à l'industrie et à la navigation, l'histoire naturelle spécialement affectée à l'étude des espèces étrangères susceptibles d'être acclimatées chez nous et à la recherche des falsifications opérées sur tant de produits et de denrées, tant de substances médicamenteuses aux lieux mêmes d'origine, la géographie historique et politique universelle, l'histoire des colonies, la législation douanière comparée, le droit international, la bactériologie appliquée à l'hygiène... Aujourd'hui que l'enseignement spécial a pris une extension si légitime dans les établissements d'instruction primaire et secondaire, nous ne voyons pas pourquoi il ne serait pas créé pour lui une sorte d'école normale supérieure analogue à celle qui est pour les lettres et les sciences le couronnement de l'enseignement des lycées. C'est ce que nous demandons pour Marseille, parce que nous croyons qu'un établissement de ce genre y serait à sa place.

Une thérapeutique qui n'est point marseillaise. — On lit dans la *Province médicale* du 2 août 1890.

Il a trouvé un nouveau remède contre la dyspepsie, et, j'en

Digitized by Google

suis convaincu, ce n'est pas le dernier. Arrière les alcalins, l'acide chlorhydrique, la fucoglycine vanilline, la diète sèche et la diète hydrique, la papaïne et la morphine, et la ceinture antiantéroptosique, place au *Cannabis indica !* Voilà le dernier cri de la thérapeutique gastrique. Remercions M. G. Sée, le fécond thérapeute et hasichons-nous !

NOUVELLES SANITAIRES

FRANCE

Les mesures contre le choléra à la frontière. — La semaine dernière il est entré en France par Cerbère et Hendaye environ 11,000 voyageurs et environ 700 autres par les portes des routes de terre.

Le conseil d'hygiène de la Seine et le choléra. — Le rapport qui a été lu par M. Dujardin Baumetz, confirme l'état satisfaisant de la santé publique à Paris. Il recommande, et c'est l'avis du Conseil d'hygiène, de prendre les mêmes mesures de surveillance sanitaire qui ont été employées en 1884 : nomination de médecins délégués chargés de reconnaître les cas suspects ; évacuation des hôtels et des garnis par les malades ; établissement de services spéciaux dans les hôpitaux ; enfin désinfection énergique des locaux où les personnes suspectes auront séjourné par l'acide sulfureux et au moyen d'équipes spéciales de désinfecteurs.

ÉTRANGER

Espagne. — **L'épidémie cholérique de 1890.** — Malgré la discrétion des renseignements officiels, la morbidité et la mortalité cholériques augmentent toujours dans la province de Valence. On signalait le 1er août 29 cas et 10 décès ; le 2 août, 59 cas et 34 décès ; le 3 août, 43 cas et 21 décès.

De plus, la contamination de la province d'Alicante ne fait point de doutes. A Tolede il y a eu 5 décès hier.

Portugal. — **Les mesures sanitaires.** — En présence d'une situation qui, somme toute, s'aggrave, le gouvernement portugais vient de prendre des décisions sévères à l'égard des voyageurs venant d'Espagne : 1° Interruption des trains directs entre l'Espagne et le Portugal ; 2° Transbordement et visite des voyageurs dans les gares frontières, et mise en observation de ces derniers, s'il y a lieu, dans des postes sanitaires durant une semaine.

Arabie. — **Le choléra de la Mecque.** — Dans ce foyer épidémique maintenant officiellement reconnu, le choléra fait de nombreuses victimes sur les pèlerins venus pour les fêtes du Beiram et qui se disposent à retourner dans leur pays d'origine. On compte 300 cas environ chaque jour et de 45 à 50 décès.

NOUVELLES MILITAIRES

Nominations dans le corps de santé des colonies. — *Au grade de médecin en chef de 2e classe* : MM. les médecins principaux de la marine Quetand, Illy et Trucy.

Au grade de médecin principal : MM. les médecins de 1re cl. de la marine Chédan, Sérès, Kieffer, Delrieu, Gries, Cazes, Nivard, Bastian, Le Jollec, Reynaud, Auvray et Lidin.

Au grade de médecin de 1re classe : MM. les médecins de 1re classe de la marine Vaysse, Devoti, Parnet, Péthellaz, Guérin, Aubry, Henry, Paquier, Merveilleux, Mestayer et Simon.

MM. les médecins de 2e classe de la marine Bahier, André dit Duvigneau, Jollet, Garnier, Cassagnon, Depasse, Vergoz, Capus, Lemoine, Collomb, Rabere, Banerot, Barrau, Calmette, Facieu, Lafage, Hebrard, Ricard, Reancar, Fontaine, Signé, Dumas, Gouzien, Piron, Sallebert, Birolleau, de Taroni, Le Guen, Anger, Boulangier, de Boyer de Champrieu et Delrieu.

Angleterre. — **La vaccination dans l'armée anglaise.** — On sait que chaque soldat anglais possède un carnet médical sur lequel se trouve le certificat de vaccination et de revaccination et subit chaque année une visite médicale destinée à vérifier l'existence ou l'absence de cicatrices vaccinales.

Les vaccinations sont pratiquées avec du vaccin de genisse ou du vaccin humain. Le vaccin de genisse est fourni par les vétérinaires du camp d'Alderhof.

De 1879 à 1888, la statistique des revaccinations accuse en moyenne, 213 pour cent de vaccination et 260 pour cent de revaccinations. Enfin de 1880 à 1890, on a compté dans l'armée anglaise 391 décès varioliques.

NÉCROLOGIE

HALLEZ

Professeur de clinique médicale à la faculté de médecine de Lille.

C'est avec une émotion profonde que j'écris cette notice nécrologique ! Louis Hallez, un des amis de la première heure du *Journal des Praticiens*, qui le comptait au nombre de ses collaborateurs de province, était un de mes anciens et excellents camarades d'internat. Il meurt à 47 ans, au milieu des plus grands et des plus légitimes succès de la clientèle et de l'enseignement médical. Caractère franc, droit, loyal, généreux, aimant et dévoué, il ne devait pas avoir d'ennemis ; il avait l'honneur de compter quelques envieux...

Il y a quelques mois, son congé de maladie expirait. Ses pauvres yeux ne peuvent plus voir, de terribles souffrances l'ont presque abattu, sec forces le trahissent... N'importe ; il va, il court où son devoir l'appelle, et il reprend son enseignement interrompu. Il montre qu'il est plein de courage, il entend garder jusqu'au dernier souffle cette chaire de clinique médicale, que de malsaines et impatientes ambitions, en escomptant ses jours, pouvaient avoir déjà convoitée. La jeunesse lilloise — une jeunesse généreuse — applaudit plusieurs fois encore son maître aimé qui, au milieu d'elle et les larmes aux yeux, oublie déjà son mal inexorable. Mais bientôt, vaincu par lui, il doit quitter pour toujours ses chers élèves. Il avait fait auprès d'eux école de dévouement, et l'un de ses disciples que j'ai vu souvent à l'œuvre pendant de tristes épreuves, lui a constamment prodigué ses soins avec un filial attachement.

Hallez a soulagé bien des infortunes, il s'est dévoué jusqu'au sacrifice de sa vie pour ses malades, il a aimé ses élèves, il a vécu pour les siens et pour ses amis. Dans le cœur de ses amis, de ses élèves, de ses malades, de toute sa famille enfin, à laquelle j'envoie de loin l'expression de ma plus douloureuse sympathie, il a laissé un impérissable souvenir !

Henri Huchard.

En France : MM. les docteurs Déligny (de Toul), O. Berlin (de Creuilly), Feulard (de Paris), et Poitou-Duplessy, ancien médecin de la marine.

En Angleterre : M. le docteur W. Parker, professeur honoraire d'anatomie au Collège des Chirurgiens de Londres.

En Autriche : M. le docteur Herz, privat docent à la Faculté de Vienne.

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE N° 33 13 AOUT 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

COMITÉ DE RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Bichat. — Dr HENRI HUCHARD

La tachycardie essentielle paroxystique

Je veux aujourd'hui, après avoir passé en revue les diverses sortes de tachycardies, vous résumer l'histoire d'une maladie mal connue encore, et à laquelle on a donné le nom de *tachycardie essentielle paroxystique*.

Elle est *essentielle* parce que, jusqu'à ce jour, on n'a rien trouvé du côté du cœur ou du système nerveux qui puisse expliquer sa genèse ; elle est *paroxystique*, en ce sens qu'elle procède par accès qui reviennent avec une fréquence plus ou moins grande.

A ce sujet, voici l'histoire que j'ai été appelé à observer depuis une année avec le Dr Droin (d'Auxerre).

Le 11 mars 1889, une femme d'une soixantaine d'années, ne présentant aucun antécédent morbide, a été prise inopinément, en se baissant pour ramasser un objet, de violents battements de cœur, avec un état d'oppression et de constriction thoracique très pénible. Le pouls, presque incomptable, atteignait 250 à 300 pulsations par minute. Pour arriver à cette approximation, je dus user d'un artifice que je vous recommande en pareille occurence : on prend le pouls et on compte seulement jusqu'à 10 ; on recommence cet exercice un certain nombre de fois, pendant un quart de minute ; il est facile ensuite au moyen d'une multiplication, d'obtenir le nombre total de pulsations. — En même temps que cette accélération extrême du pouls, il y avait des vomissements bilieux ; la face était pâle, les lèvres légèrement cyanosées. Après trois jours de durée, ce cortège d'accidents disparut subitement.

Le 15 mai, la crise reparaît, mais moins forte ; elle s'accompagne encore de dyspnée et de vomissements. Elle dure quelques heures, puis elle cesse.

Pendant vingt jours ensuite, accalmie complète. Le 5 juin, nouvelle crise : les pulsations s'élèvent à 195 et 200 par minute. Elle eut encore d'autres crises par la suite. Ces crises étaient de deux sortes : les unes, les crises *courtes*, duraient de une à cinq heures ; les autres, les crises *longues*, duraient de cinq à huit jours. Au bout de quelques mois, elle eut quelques lipothymies, et sous l'influence d'une crise, qui avait déterminé une dilatation aiguë des cavités cardiaques, il se produisit un œdème léger des membres inférieurs. Comme la voie gastrique n'était pas tolérée pour les médicaments, on administra à cette malade la digitale en lavements à haute dose : 0 gr. 80 à 1 gr. de macération de feuilles. Vous savez qu'au point de vue de l'administration des médicaments actifs, de la digitale en particulier, j'estime qu'il faut toujours frapper un grand coup, autrement on manque son but. Sous l'influence de la digitale et d'une médication composée d'une préparation arsenicale (10 gouttes de liqueur de Pearson par jour), les paroxymes de tachycardie ne se sont plus renouvelés pendant sept mois. Ils viennent de se reproduire spontanément ces jours derniers, et cela comme toujours, sans cause.

Le 26 juillet, elle est prise tout à coup d'une tachycardie extrême (plus de 200 pulsations à la minute). Le Dr Droin (d'Auxerre), avec qui j'ai vu plusieurs fois cette malade, constate pour la première fois des irrégularités et des inégalités du pouls, et quelques faux pas du cœur. En même temps, surviennent des vomissements incessants, et l'intolérance stomacale reste telle que la moindre ingestion alimentaire est impossible, et qu'aucun médicament ne peut être administré par la voie gastrique. Puis, au bout de quelques heures, tous ces accidents disparaissent subitement comme ils étaient venus, pour reparaître le lendemain et disparaître de la même façon quelques heures après.

Je la vois le 28 juillet, à 9 heures du matin ; il y avait deux heures que la dernière crise avait cessé. Le pouls était calme et régulier, les battements du cœur bien frappés, le choc précordial normal. On ne constate qu'une teinte légèrement cyanique des lèvres et un très léger œdème pré-tibial. Aucune sensibilité sur le trajet des phréniques ou des nerfs vagues ; pendant la crise, elle accuse toujours une sensation vague de douleur et de constriction thoracique ressemblant de loin à l'angine de poitrine.

J'ai vu un malade à peu près semblable avec mon distingué confrère, le Dr Droin. Agé de 50 ans environ, il a eu depuis vingt-cinq ans, une trentaine de crises qui surviennent d'ordinaire le soir, lorsque le malade est sur le point de s'endormir. Alors, le cœur bat follement (160 à 200 pulsations), il devient très irrégulier, et le malade éprouve des sensations angineuses dans toute la poitrine. La crise persiste pendant la nuit et disparaît le lendemain ; mais, à plusieurs reprises, elle a été d'une violence telle que son médecin a craint une terminaison fatale. J'ai vu ce malade il y a quelques mois, et je n'ai trouvé aucune cause (affection gastrique ou autre, affection cardiaque, intoxication tabagique, etc.) pour expliquer cette affection. Selon moi, ce malade est atteint de tachycardie essentielle paroxystique.

Dans son remarquable travail sur cette affection singulière (*Revue de Médecine*, 1889), M. Bouveret (de Lyon) cite trois observations personnelles fort intéressantes. La première surtout mérite d'attirer l'attention. Il s'agit d'un homme de 50 ans, indemne de toute affec-

Digitized by Google

tion cardiaque ou autre, qui eut sa première crise à l'âge de 41 ans. Pendant cinq ans, il eut une douzaine d'accès, puis ceux-ci devinrent moins fréquents et moins violents, à ce point que le patient crut à la guérison. En 1888, il se sent pris tout à coup de malaise, de vertige, comme s'il allait être précipité à terre. Il se met au lit, et un médecin appelé constate une extrême accélération des battements du cœur (300 pulsations). Le malade est pâle, peu dyspnéique, il se plaint seulement d'une sensation pénible de pesanteur à l'épigastre et de constriction dans le côté gauche de la poitrine avec engourdissement dans le bras gauche. La digitale fut impuissante à diminuer cette tachycardie qui persista pendant treize jours et disparut tout d'un coup en laissant après elle un certain état de malaise et d'abattement. Il eut encore plusieurs accès semblables, quand un jour, le 1er avril 1889, se croyant mieux à la fin d'un de ces paroxysmes, il se plaint de malaise et de faiblesse, puis meurt subitement de syncope.

Or, cette terminaison par la mort subite est fréquente dans cette maladie, sur la gravité de laquelle je ne saurais trop insister. Et cependant, vous auriez une tendance naturelle à faire un pronostic bénin, lorsque vous voyez ces crises survenir inopinément au milieu de la santé en apparence la plus parfaite, et disparaître tout à coup sans laisser d'autre trace qu'un léger accablement très passager ; lorsque, dans l'intervalle des paroxysmes vous considérez ces malades sans aucun trouble cardiaque ou autre, capables de reprendre leurs occupations, de marcher et de courir, mangeant et digérant d'une façon absolument normale. Trompeuse sécurité ! Un jour, après cinq, dix ou même quinze ans (et je vous ai cité une observation personnelle où la maladie dure depuis vingt-cinq ans), le malade meurt brusquement de syncope. Or, la plupart des autopsies pratiquées dans ces cas (et elles sont encore peu nombreuses) sont absolument muettes sur les lésions qui doivent produire cette maladie. Quelques auteurs, cependant, ont admis dans ces cas l'existence d'une myocardite. Singulière myocardite dont les symptômes apparaissent et disparaissent avec une rapidité extraordinaire, et cela à plusieurs mois de distance !

Cette maladie, qui rappelle assez bien les symptômes d'une névrose paralytique du nerf vague, doit avoir son siège dans la moelle allongée. Il en est de même d'une autre affection que je vous ai décrite sous le nom de maladie de Stokes-Adams et à laquelle on a donné la désignation défectueuse de *pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes*. Elle est défectueuse, puisque cette lenteur du pouls, ou bradycardie, peut se montrer d'abord d'une façon paroxystique). On peut rapprocher ces deux affections si différentes de prime abord au point de vue symptomatique ; elles ont toutes deux une origine bulbaire, elles peuvent durer pendant de longues années, et elles se terminent le plus souvent par la mort subite.

La tachycardie essentielle paroxystique pourrait certainement être regardée comme excessivement rare si l'on en jugeait par le nombre restreint des observations qui ont été publiées (1). Mais aujourd'hui, l'affection étant mieux connue, il est probable que les exemples vont se multiplier. Il faut se rappeler que cette affection singulière, dont l'étiologie et l'anatomie pathologique sont absolument inconnues, survient d'une façon tout-à-fait paroxystique sous forme de crises dont la durée peut être de quelques heures (petites crises), ou quelques jours, et même dix à quinze jours comme on en a cité des cas (grandes crises) ; il faut se rappeler, comme le dit Bouveret, que « le patient atteint de tachycardie essentielle paroxystique reste toujours sous la menace de nouveaux accès, comme l'épileptique reste exposé à de nouvelles crises convulsives. » Vous devez encore considérer que cette tachycardie n'est sous la dépendance d'aucune affection du cœur ou d'autres organes, qu'elle n'est certes pas d'origine névrosique, et que ses accès s'accompagnent parfois de troubles gastriques (nausées et vomissements) pulmonaires (parfois, quoique rarement de la dyspnée) et cardiaques sous la forme de sensations angineuses. En un mot, les trois branches du nerf vague peuvent être atteintes fonctionnellement, comme je l'ai démontré naguère dans mon « étude sur les synergies morbides du pneumogastrique. » (2).

Connaissant ainsi l'aspect clinique de cette tachycardie, vous ne la confondrez pas avec les tachycardies des affections du cœur et du goître exophthalmique, avec les tachycardies d'origine névrosique réflexe ou toxique que je vous ai fait connaître dans une précédente leçon.

La thérapeutique de cette affection se divise en : 1° *traitement des accès* ; 2° *traitement dans l'intervalle des accès*.

1° *Traitement des accès*. Comme la station verticale, les mouvements, les émotions, les efforts, et dans certains cas, le décubitus latéral gauche paraissent les augmenter, il faut soumettre les malades au repos physique et moral, et les faire coucher sur le côté droit autant que possible. Ils devront rester au lit, dans la position horizontale, la tête basse, parce qu'une syncope est toujours à craindre.

On peut encore ralentir les battement du cœur en exerçant, d'après Czermak, une légère compression sur la carotide du côté droit. M. Quinke, qui a employé la même compression, la recommande du côté gauche et il pense qu'elle agit, non en diminuant le calibre de l'artère, mais en excitant le tronc du nerf vague très proche du vaisseau. Un malade de Nothnagel pouvait arrêter complètement un accès en faisant de profondes inspirations, résultat que l'auteur allemand explique par une sorte de tiraillement exercé sur les filets pulmonaires

(1) Observations de : Max Huppert (1874), Tuczek et Riegel (1878), Rosenbach (1879), Bensen (1880), Pelizaeus (1880), Langer (1881), Prœbsting, Pribram et Kredel (1882), Winternitz (1883), Rommelaere (1883), Dolger (1883), Gerhardt, Nothnagel (1887), Bristowe (1888), Honingmann (1888), Bouveret, Sollier (1889), Sansom, West, Smith, Eales, Huchard (1890).

(2) *Un. méd.* 1879.

Digitized by Google

du nerf vague au moyen de grandes inspirations. Je cite cette explication « très tiraillée » pour ce qu'elle vaut.

Pour ma part, j'ai employé ces divers moyens sans succès, et je me suis bien trouvé de pulvérisations de chlorure de méthyle, ou de séances de stypage sur la région précord ale, et surtout à la région postérieure du cou, vers la nuque Je crois aussi bon de recommander à ce niveau l'emploi de vésicatoires et de pointes de feu.

Faut-il prescrire la digitale au moment des accès? Bouveret affirme que dans deux cas, elle ne lui a point paru donner de bons résultats. Cependant, dans le fait que j'ai observé avec mon distingué confrère, le Dr Droin, j'ai vu la digitale (prescrite en lavement à cause de l'intolérance gastrique) à la dose de 0,80 centigr. à 1 gr. de macération, arrêter quelques accès.

Lorsque ceux-ci se prolongent et qu'ils menacent l'existence par la production d'une dilatation cardiaque considérable, on pourrait certainement tenter une saignée générale; mais en raison de la syncope qu'il faut toujours craindre, on doit préférer les émissions sanguines locales à la région précordiale.

Si l'on a des raisons de craindre l'affaiblissement cardiaque et les lipothymies ou syncopes, il faut pratiquer de bonne heure des injections de caféine et d'éther.

Quant au nitrite d'amyle et à la trinitrine que certains auteurs ont voulu employer pendant ces crises, je trouve ces médicaments absolument contre-indiqués dans une maladie où l'abaissement de la tension artérielle constitue l'un des principaux dangers.

2° *Traitement dans l'intervalle des accès.* — Le malade doit s'abstenir de café, de thé, de liqueurs et surtout de tabac. Il doit veiller à son régime alimentaire, supprimer tous les aliments excitants; il doit éviter le surmenage du corps et de l'esprit qui, de toutes les causes invoquées, paraît contribuer le plus efficacement au développement de la névrose cardiaque (Bouveret).

Je me suis bien trouvé de l'emploi de l'arsenic pendant plusieurs mois, ce qui ne doit pas nous étonner puisque je vous ai souvent démontré que l'arsenic est un médicament nervin, agissant surtout sur les névroses centrales; c'est aussi un reconstituant, et vous voyez ainsi que ce médicament agit à un double point de vue.

Dans les diverses tachycardies, surtout dans celles qui s'accompagnent d'hypotension artérielle, je vous ai démontré les bons effets de pilules contenant du sulfate de quinine et de l'ergot de seigle. Vous pourrez également les employer dans la tachycardie paroxystique, d'après cette formule :

Sulfate de quinine.	ãã 4 grammes
Extrait aqueux d'ergot de seigle	
Extrait de noix vomique . .	10 centigr.

Pour 40 pilules

Prendre deux pilules deux ou trois fois par jour pendant quinze ou trente jours, après lesquels on fera prendre pendant six semaines à deux mois dix à vingt gouttes de liqueur de Pearson, et ainsi de suite.

Enfin, je vous ai dit que dans les affections de cœur arrivées à la période hyposystolique (1), j'avais l habitude de prescrire pendant longtemps, d'une façon systématique et à titre préventif, la digitaline de la façon suivante : toutes les trois semaines, pendant un jour seulement, le malade prend le matin et le soir quinze gouttes de la solution de digitaline cristallisée au millième. C'est dans le même but, c'est pour prévenir de nouvelles crises, s'il est possible, que chez une de mes malades atteintes de tachycardie paroxystique, j'ai fait cette même prescription. L'avenir m'apprendra si j'ai eu raison de compter sur ce procédé médicamenteux. En tous cas, votre thérapeutique ne doit pas rester inactive contre une maladie dont les apparences sont si trompeuses dans l'intervalle des paroxysmes et qui se termine le plus souvent par la mort subite.

(1) Voir à ce sujet, la *Société de Thérapeutique* (juillet 1890) et *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, juillet 1890.

LE TRAITEMENT DES MALADIES

CHIRURGIE

Traitement du rein flottant

(NÉPHRORRHAPHIE)

Nous avons vu précédemment (1) en quoi consistait le rein flottant, pourquoi il arrive que le rein se déplace, les signes à l'aide desquels on reconnaît ce déplacement. Nous avons dit que ce déplacement pouvait être indolore et être ignoré du malade. Dans ce cas il n'y a aucune intervention chirurgicale à faire. Une ceinture abdominale spéciale est le seul traitement rationnel; il est d'ailleurs suffisant.

Mais le rein flottant peut s'accompagner de douleurs telles que la malade (c'est le plus souvent une femme) réclame une intervention. C'est le cas que nous allons tout particulièrement examiner.

L'intervention chirurgicale pour rein mobile n'est pas ancienne. Simon d'Heidelberg la proposa le premier en 1869. Pour cet auteur il faut enlever totalement le rein déplacé. Il n'est pas douteux que ce procédé radical ne soit efficace, mais est-il opportun ? La *néphrectomie* est une opération sérieuse; les meilleures statistiques donnent 20 à 25 0/0 de mortalité; cela compte. Mais ce qui compte plus encore c'est la suppression totale d'un viscère jouant un rôle capital dans l'économie. Pour peu que par la suite le rein unique devienne malade, la situation de l'opéré devient extrêmement périlleuse.

Mais on peut rétablir le rein dans sa position normale et l'y fixer, sans l'enlever, par l opération que Hahn, qui le premier la proposa en 1881, a appelée *néphrorrhaphie* et que M. Le Dentu a proposé d'appeler *néphropexie*. La néphrorrhaphie présente une gravité opératoire bien moindre; les cas publiés jusqu'ici donnent environ 100 pour 100 de guérisons; elle a en outre le grand avantage de conserver le rein. Elle doit donc être préférée absolument à la *néphrectomie*. Il est cependant un cas où celle-ci répond à l'indication thérapeutique.

(1) *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 30 avril 1890.

Digitized by Google

C'est lorsque le rein mobile est malade. Or, cela n'est pas très rare. Comme le testicule en ectopie, le rein déplacé est plus souvent malade que le rein en situation normale. Si l'on a pu, avant l'intervention, diagnostiquer une lésion organique grave, on procédera d'emblée à la *néphrectomie*: mais si l'on a des doutes, il faudra procéder comme pour une *néphrorrhaphie* sauf à transformer celle-ci en néphrectomie lorsqu'on sera arrivé sur le rein, ce qui sera possible si la nécessité s'impose.

Le principe et les avantages de la fixation du rein admis, il faut rechercher le meiller moyen d'obtenir cette fixation. En effet, on a constaté que les suites de la fixation n'étaient guère durables, et c'est à peine si le rein est resté fixé au bout d'une année dans la moitié des cas. De là est venue la multiplicité des procédés de *néphrorrhaphie*, que je ne puis énumérer même tous. Je parlerai seulement de quelques-uns qui tous ouvrent la paroi postérieure de l'abdomen et la capsule adipeuse, mais agissent ensuite différemment.

Hahn, de Berlin, fixa l'enveloppe graisseuse du rein aux lèvres de la plaie pariétale. Mais, dans le rein flottant, la capsule est insuffisante à retenir l'organe, d'ailleurs elle n'est pas elle-même assez résistante.

C'est aussi à l'enveloppe adipeuse que s'adresse M. Duret, de Lille (thèse Vaneuville 1888); il l'incise crucialement, puis suture ses 4 lambeaux en les fronçant comme une bourse de cuir. Ce procédé plus efficace que le précédent n'échappe pourtant pas totalement à la critique de celui-ci.

On s'est attaqué, non seulement à l'enveloppe adipeuse, mais aussi à la capsule propre. C'est ainsi que Paccini fixa la capsule propre avec l'enveloppe adipeuse. Fixer la capsule propre, ce serait certainement fixer le rein; malheureusement elle n'a pas de tendance à adhérer, à s'unir aux tissus avec lesquels on la met en contact. Soit qu'on la fixe à la paroi abdominale au niveau du feuillet profond de l'aponévrose du transverse, ou encore aux muscles mêmes de cette paroi, soit encore qu'on la rattache à la 12e côte, comme le fit Ceccerelli; la fixation n'a pas lieu dans la majorité des cas.

Il en est encore de même si, non content de prendre l'enveloppe adipeuse et la capsule propre, on passe les fils à travers le parenchyme rénal lui-même comme l'a fait notre éminent maître M. Guyon; sans doute on obtient ainsi une réunion sur une plus large surface et partant plus de chances de succès thérapeutique. Il n'en reste pas moins qu'il y a là la capsule propre, tendue, lisse, peu apte à adhérer aux autres tissus. Pour que cette capsule adhérât solidement, il faudrait que, restant exposée sur une surface assez large, on la laissât s'enflammer et suppurer; d'où l'indication pour quelques auteurs de laisser la plaie suppurer et se fermer par cicatrisation. C'est une manière de voir qui nous semble condamnable; toute suppuration est un accident et un danger, il faut donc, loin de la rechercher, se prémunir contre elle.

Mais alors la capsule étant intacte, va rester un obstacle sinon absolu, du moins relatif à la fixation qu'elle fera échouer dans beaucoup de cas. Oui, mais cet obstacle peut être supprimé. M. le Dr Tuffier a montré par l'expérimentation sur le chien que l'on pouvait, sans inconvénients, décortiquer une certaine étendue du rein, et qu'alors le parenchyme ainsi mis à nu possédait les propriétés adhésives qui manquent à la capsule, et l'on peut fixer alors le rein à la plaie pariétale, et non à la côte. La néphrrorhaphie avec décortication du rein a été pratiquée déjà sur l'homme (Guyon, Tuffier, Segond); nous avons eu l'occasion de la faire nous-même dans un cas où nous avions l'honneur d'assister un de nos maîtres; le résultat opératoire fut parfait; il n'y eut aucun trouble dans les fonctions; le résultat thérapeutique est jusqu'ici excellent; c'était chez une jeune femme qui éprouvait, du fait de son rein mobile, des douleurs intolérables. Depuis la fixation toute douleur a cessé et le rein est dans la loge lombaire. La malade, d'ailleurs, continue à porter une ceinture abdominale, mais par pure précaution.

L'opération est assez simple en elle-même. La malade a été préparée la veille et l'avant-veille par un grand bain et surtout une évacuation intestinale complète. On l'endort en la plaçant dans le décubitus latéral sur le côté opposé au champ opératoire en ayant soin de placer dans l'angle costo-iliaque de ce côté une alèze roulée qui remplit le creux de cet angle, et fait saillir la région lombaire opposée. Le champ opératoire est, bien entendu, soigneusement savonné, lavé au sublimé, à l'éther, etc., en un mot aseptisé. Ce sont là détails superflus, il doit y avoir, tout le temps de l'opération, asepsie du champ opératoire, des instruments, de l'opérateur et des aides. Ceux-ci, au nombre de deux, suffisent amplement lorsqu'on a soin de placer ses instruments à portée convenable; l'un d'eux donne le chloroforme, l'autre sert d'assistant direct.

On fait une incision verticale sur le bord externe de la masse sacro-lombaire, jusqu'à la crête iliaque, en bas, empiétant sur la douzième côte en haut; d'autant plus longue, d'ailleurs, que l'embonpoint est plus considérable, l'espace costo-iliaque moindre; le grand dorsal superficiellement, et un peu le carré lombaire profondément sont coupés obliquement. On arrive ainsi au feuillet profond de l'aponévrose du transverse. Avant d'aller plus loin, on procède à une hémostase complète, de manière à éclairer le champ opératoire. A ce moment, l'aide avec une main refoule vers la fosse lombaire le rein *mobilisable*. Celui-ci soulève l'aponévrose du transverse et tombe au fond de l'incision. Sur la saillie qu'il forme on incise tous les tissus jusqu'à la capsule propre que l'on met bien à nu. On résèque alors une bonne

Digitized by Google

partie de la capsule adipeuse pour en diminuer considérablement l'étendue, ce qui contribuera à fixer l'organe, puis on procède à la décortication. Avec la pointe du bistouri on raye finement la capsule en circonscrivant une bandelette quadrangulaire à grand axe, parallèle à l'incision pariétale. Cette bandelette doit être étroite, car elle a de la tendance à s'élargir beaucoup sous l'influence de la tension abdominale qui refoule le rein.

Cela fait, il ne reste plus qu'à fixer le rein; car nous admettons que le rein ainsi mis à nu est sain. Bien entendu, s'il était reconnu malade, la conduite à tenir serait appropriée à son état (hydronéphrose, pyonéphrose, calcul, lésions organiques), et l'on pratiquerait la ponction, l'incision, voire même la néphrectomie.

Les fils (soie ou catgutt) fins sont passés à la fois par les muscles, au moins dans les fibres profondes, la capsule adipeuse, la capsule propre, le parenchyme rénal, d'un côté, pour passer du côté opposé par le parenchyme, la capsule propre, la capsule adipeuse et les fibres musculaires. On passera ainsi trois, quatre, cinq fils suivant l'étendue, on les lie et on les abandonne dans la profondeur, on peut par-dessus faire un deuxième étage de sutures perdues unissant muscles à muscles, puis suturer le reste de la paroi, ou suturer d'emblée la paroi cutanéo-musculaire avec les fils d'argent ou mieux le crin de Florence. Lorsqu'on a bien fait l'hémostase et que l'on a été aseptique, il est inutile de mettre un drain. La région se prête aisément à cette suppression. Un pansement sec (gaze iodoformée ou salolée et ouate hydrophile), maintenu par un bandage de corps fortement serré, complète l'intervention. L'opérée est alors maintenue dans le décubitus dorsal; au bout de sept à huit jours le pansement est renouvelé pour enlever les fils superficiels, au bout de quinze jours à trois semaines on peut faire relever la malade avec son bandage de corps ou une ceinture abdominale.

Ainsi pratiquée, la néphrorrhaphie ne présente pas de grosses difficultés ; c'est une opération bénigne donnant d'excellents resultats immédiats susceptibles d'être durables.

Dr E. Potherat,
Prosecteur à la Faculté.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

DERMATOLOGIE

Un traitement des engelures des mains, par M. Boelz (de Tokio). — Cette médication consiste : 1° à faire prendre un manuluve d'eau tiède; 2° à oindre la région malade avec la mixture suivante : (*Monat, f. prak. Dermat* : 1890, n° 6).

Potasse caustique.		0,50 centigrammes
Glycérine.	}	20 grammes
Esprit de vin rectifié. . . .	}	
Eau distillée		60 grammes

Cette préparation, un peu irritante, procurerait, d'après l'auteur, la guérison des engelures dans l'espace de deux à trois jours. S. R.

Un traitement du sycosis vulgaire, par M. Rosenthal. — Il s'agit du sycosis non parasitaire. L'objectif que se propose l'auteur est d'employer une médication exempte de douleur, et peu compliquée (*Annales de dermatologie*, juin 1890).

1° On rase chaque jour les parties malades sur lesquelles on applique matin et soir la pommade suivante :

Tanin.	1 gramme
Lait de soufre. . . .	2 grammes
Vaseline jaune . . .	20 grammes

2° Le jour, le visage reste découvert ; la nuit, après l'onction, avec la pommade précédente, on applique un emplâtre émollient et, de préférence, l'onguent d'Hébra, ou bien le suivant :

Acide tannique		5 grammes
Lait de soufre		10 grammes
Oxyde blanc de zinc. . .	}	àà 17 grammes
Amidon	}	
Vaseline jaune.		50 grammes

La surface sur laquelle on a pratiqué cette onction est recouverte de gaze. S. R.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La santoninonine : ses propriétés anthelmintiques, par M. Coppola. — Ce produit, dérivé de la santonine, aurait l'avantage de ne pas provoquer d'accidents toxiques (*Gaz. degli Ospidali*, 29 juin 1890).

Elle s'administre à une dose double ou triple de la première, pendant deux ou trois jours. On termine le traitement par l'ingestion d'un purgatif. S. R.

Notes sur l'euphorbia pilulifera, par M. Roschans Workman. — L'auteur l'a prescrite dans trente cas d'hay-fever, dont neuf furent améliorés. Le coryza et la congestion des muqueuses diminuèrent; mais, dans un seul cas, la guérison fut absolue. (*The Therapeutic Gaz*, 15 juillet 1890, p. 449).

La dose quotidienne d'extrait fluide variait entre 120 et 240 gouttes, et était prescrite en quatre prises.

Six cas de coryza sur neuf furent améliorés dans l'espace de vingt-six heures. Enfin, ce même médicament diminua la dyspnée et la fréquence des accès chez cinq asthmatiques.

En résumé, l'action de l'enphorbia pilulifera serait celle d'un sédatif et un modérateur de la sécrétion des muqueuses. S. R.

Du traitement et de la nature de l'anémie pernicieuse, par M. William Hunter. — Le point de vue auquel se place l'auteur est celui de l'existence d'un microbe spécifique de l'intestin produisant une ptomaine et amenant, par leur présence, des lésions gastro-intestinales permanentes et des troubles trophiques (*The Brit. Med. Journal*, 12 juillet 1890, p. 81).

Il conseille donc de satisfaire à l'indication thérapeutique causale, par l'administration d'un antisepstique, tel que le naphtol B. Il l'a pendant quelques semaines fait ingérer avec succès, aux malades, à la dose quotidienne de 0,75 centigrammes divisés en trois prises.

La deuxième indication est de modifier les symptômes, c'est-à-dire de prévenir la destruction des hématies par le poison absorbé. L'auteur conseille, dans ce but, le régime amylacé qui aurait l'avantage de diminuer les fermentations intestinales et de produire une augmentation du poids du corps. S. R.

TOXICOLOGIE

De la pilocarpine dans l'empoisonnement par la belladone, par M. W. Mc-Gowan. — Le malade avait ingéré par mégarde, deux heures auparavant, un liniment belladoné. Il était sans connaissance et respirait difficilement. Des convul-

Digitized by Google

sions l'agitaient ; ses pupilles étaient dilatées et il y avait du collapsus (*The Lancet*, 26 juillet 1890, p. 175).

On pratiqua le pompage stomocal et on se décida à injecter sous la peau deux centigrammes de pilocarpine. Une demi-heure après, on constatait une amélioration notable et il devint possible de faire ingérer du café. Une nouvelle injection de pilocarpine fut pratiquée et produisit une légère perspiration cutanée. A dater de ce moment, l'amélioration continua et le malade guérit après avoir présenté les phénomènes que l'on observe habituellement sous l'influence de la belladone. S. R.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

De la curabilité de la tuberculose laryngée par le traitement chirurgical (1)

Par M. le Dr Luc,
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

On comprendrait mal notre pensée, si l'on nous prêtait l'intention d'établir ici une comparaison entre l'efficacité de la médication générale et celle de la médication locale à l'avantage de la dernière. Tout au contraire, nous aurions peut-être tendance (en supposant qu'il nous fallût choisir entre les deux) à incliner vers la première, car nous avons, comme beaucoup de nos confrères, observé plusieurs faits incontestables de tuberculose pulmonaire déjà parvenue à la période de ramollissement et *radicalement* guérie sous l'influence d'une médication générale et de mesures hygiéniques rigoureusement instituées et suivies, tandis que nous ne sachons pas qu'une intervention locale, si énergique qu'elle soit, puisse à elle seule assurer la guérison d'une tuberculose se manifestant par des lésions, si accessibles qu'on les suppose, si l'état général n'est pas en même temps convenablement fortifié, et si le sujet n'est pas soustrait aux conditions souvent défavorables au milieu desquelles s'est développée sa maladie ; mais la comparaison en question ne saurait être qu'une simple vue de l'esprit ; en réalité, la médication locale et la médication générale doivent ici se prêter un mutuel appui et leur action combinée nous paraît être la condition *sine quâ non* de la guérison.

Mais abordons plus directement la question qui fait l'objet de ce travail.

L'efficacité du traitement chirurgical des lésions tuberculeuses *accessibles* étant admise en principe, cette méthode s'applique t-elle *pratiquement* à la cavité laryngée ? S'il nous faut dire ici notre pensée, dégagée de tout scepticisme systématique et aussi de tout enthousiasme exagéré, nous répondrons, en nous appuyant uniquement sur les faits que nous avons eu l'occasion d'observer, que nous croyons à l'efficacité du traitement chirurgical appliqué à la tuberculose laryngée dans *certaines formes*, et chez *certains sujets*, et que ce mode de traitement offre, pour ce qui est de l'organe en question, des difficultés de pratique sur lesquelles il est bon de ne pas se faire illusion.

Expliquons-nous de suite sur cette dernière proposition. Et d'abord n'y a-t-il pas ici un abus de langage, et le traitement dit *chirurgical* de la tuberculose laryngée est-il complètement assimilable à celui des affections tuberculeuses accessibles des autres régions ?

Le chirurgien, qui, après avoir chloroformé son malade, a toute tranquillité, toute latitude pour ouvrir, curer, et cautériser à fond un abcès tuberculeux sous-cutané ou osseux, n'a-t-il pas un avantage inappréciable sur le spécialiste obligé de se contenter d'une anesthésie locale et fatalement incomplète, de ne suivre que de loin, indirectement, et avec l'aide du miroir, les mouvements de son instrument, forcé de compter avec la sensibilité du malade, avec ses réflexes involontaires et avec le rejet fréquent de sang qui, sans cesse, vient ternir le miroir, forcé, par conséquent, d'opérer, non en une fois, mais de procéder par séances successives toujours plus ou moins espacées ? Que l'on compare à ce point de vue le premier de nos malades, atteint de tuberculose naso-pharyngienne, au second, affecté de tuberculose laryngée. Au premier abord, il semblerait que la différence de siège eût peu d'importance ; elle était pourtant considérable au point de vue pratique, puisque dans le premier cas nous avons pu faire réellement une *opération chirurgicale*, c'est-à-dire radicale d'emblée, tandis que, dans le second, nous étions obligé de n'intervenir qu'en plusieurs fois, avec tous les ménagements réclamés par la sensibilité du malade, et de le congédier, pour ne pas le priver des bénéfices de la campagne, sans avoir pu agir sur certaines parties de la cavité laryngée (fausse corde, épiglotte), dont l'apparence nous semblait suspecte (1).

Ces difficultés sont essentiellement inhérentes à la localisation laryngée et s'appliquent indistinctement à tous les malades porteurs de cette localisation. D'autres, au contraire, permettent d'établir des nuances entre les malades : elles résultent du siège des lésions sur tel ou tel point de la cavité laryngée, du degré de sensibilité personnelle ou, au contraire de courage et de la tolérance des malades, de la coïncidence de lésions pulmonaires plus ou moins développées, de l'état général, enfin de la classe sociale à laquelle appartient le sujet et des ressources dont il peut disposer en faveur de son traitement.

Malgré les avantages offerts par la cocaïne, avantages que nous sommes loin de méconnaître, le curetage intralaryngé ne laisse pas que d'être une opération douloureuse, exigeant une certaine énergie de la part du malade, l'astreignant à des séances répétées, non seulement fatigantes, mais parfois même dépressives, en raison de l'énervement, produit de l'écoulement de sang, toujours assez abondant, consécutif à l'action de l'instrument tranchant. Notre avis est donc que, non seulement dans l'intérêt de la statistique, mais

(1) Suite et fin : voir n° 32.

(1) Cet ensemble de difficultés a tellement frappé certains auteurs qu'ils se sont demandé s'il ne serait pas d'une bonne pratique d'appliquer à la tuberculose laryngée initiale le traitement chirurgical (laryngo-fissure) réclamé par les tumeurs malignes, mais on conçoit les difficultés que l'on éprouvera presque fatalement à faire entrer une semblable méthode dans la pratique courante ; aussi, les essais qui en ont été faits sont-ils trop peu nombreux pour qu'il soit possible d'en tirer quelque conclusion valable.

Digitized by Google

encore dans un intérêt humain, la méthode chirurgicale exige une sélection préalable entre les malades que l'on se propose de traiter.

Les considérations sur lesquelles doit être basée cette méthode sont relatives : a) *A l'état général;* b) *A l'état des poumons et des autres organes ;* c) *Au siège précis des lesions laryngées* ; d) *Au caractère personnel et à la condition sociale du malade.*

Examinons rapidement ces différents points.

A. — Il va de soi que la méthode ne saurait être entreprise qu'à la faveur d'un organisme encore résistant et qu'elle est contre-indiquée par toute apparence de cachexie.

B. — La présence de lésions pulmonaires étendues enlève évidemment tout espoir de guérison radicale de la tuberculose, mais on n'oubliera pas qu'il est bien plus terrible pour un malade tuberculeux de périr par le larynx que par le poumon, en sorte que si, avec des lésions pulmonaires même étendues, coïncident des lésions laryngées bien limitées, *bien placées*, il ne sera pas irrationnel de chercher à éteindre ces dernières sur place, si la chose ne doit pas exiger trop de séances, ni infliger trop de souffrances et de fatigue au malade.

C. — La question du siège des lésions laryngées tuberculeuses nous paraît avoir, dans l'espèce, une très grande importance ; certaines localisations se prêtent fort mal à l'action de la curette : telles sont celles de l'épiglotte en raison de la mobilité de cet opercule, telles sont aussi les infiltrations très profondes atteignant par exemple les articulations crico-aryténoïdiennes. En revanche, les infiltrations des fausses cordes, les ulcérations pré-aryténoïdiennes qui présentent derrière elles un plan résistant sur lequel la curette peut s'appuyer avant de trancher, représentent en quelque sorte, au point de vue de l'intervention, des localisations idéales.

Il va de soi que certaines difficultés personnelles d'exploration laryngée résultant, soit de réflexes excessifs, soit de dispositions anatomiques défavorables, pourront constituer des obstacles invincibles et de véritables contre-indications.

D. — Nous avons dit que le traitement chirurgical de la tuberculose laryngée exigeait de la part du malade une certaine dose de courage et de persévérance ; il nous paraît donc tout à fait contre-indiqué d'en tenter les effets chez les sujets qui ne possèdent pas ces qualités. C'est là une première considération d'ordre personnel, il en est d'autres inhérents non plus au caractère du malade, mais aussi à sa position sociale. Il est de toute évidence qu'on sera peu en droit d'attendre un résultat valable d'un traitement, si énergique qu'il soit, appliqué à un individu vivant au milieu de privations et dans des conditions d'hygiène déplorables qu'il lui est impossible de modifier ; qu'au contraire, les avantages fournis par la fortune, au point de vue de la possibilité du déplacement et de la réalisation des meilleures conditions d'hygiène, constituent un précieux adjuvant d'une intervention active et doivent nous inciter à l'entreprendre. Mais, à ce point de vue, l'idéal est représenté par les sujets qui, comme celui de notre deuxième observation, après avoir contracté leur maladie sous l'influence d'une hygiène déplorable, souvent inhérente à leur profession, sont en mesure de substituer brusquement à ces mauvaises conditions un genre de vie tout différent.

C'est dans ces cas spéciaux que l'on assiste à de véritables résurrections d'organismes que l'on croyait à tout jamais perdus, et qu'une intervention énergique donne ses plus brillants résultats.

Si maintenant, nous rapprochons des considérations générales qui précèdent et des règles de pratique que nous venons d'esquisser, le cas particulier de notre second malade, nous voyons que, sous tous les rapports, il réalisait à peu de chose près les conditions spéciales que nous avons cru pouvoir présenter comme les plus favorables au point de vue de la curabilité ; et j'entends ici par curabilité non pas seulement celle d'une lésion isolée, mais celle de la tuberculose dans son sens le plus général. C'est pour cette raison que l'observation en question nous a paru intéressante à rapporter car elle pouvait nous donner une idée de ce que nous étions en droit d'attendre de l'ensemble de tous les éléments de guérison dons nous disposons, appliqué à un cas particulièrement favorable. Or, à envisager froidement le résultat obtenu, nous croyons pouvoir dire qu'il est plutôt encourageant ; effectivement, à la suite de la médication locale entreprise et d'un séjour de deux mois à la campagne au milieu de conditions hygiéniques *idéales*, secondées par une médication générale appropriée, notre malade revenait avec une augmentation de poids de seize livres et avec une disparition presque complète de tous ses symptômes subjectifs, et *la seule lésion tuberculeuse qui eût été traitée localement était complètement cicatrisée.* L'histoire de ce sujet n'est évidemment pas terminée, et il reste quelques ombres au tableau : nous voulons parler de l'ulcération pharyngée et de certains points douteux de la cavité laryngée ; mais n'est-il pas logique et légitime d'espérer qu'en appliquant à ces lésions la même médication locale qu'à la première, on arrivera également à les détruire sur place, et à réaliser une cure vraiment radicale ?

Comme on le voit, notre but, en rapportant ici le résultat de notre expérience personnelle, n'a pas été de détourner d'un mode de traitement qui fait le plus grand honneur à l'initiative et à la persévérance de ses auteurs ; nous avons voulu seulement mettre en garde contre une extension exagérée de cette méthode et nous avons pensé qu'en en limitant rigoureusement l'application aux cas qui nous en paraissent réellement justiciables, nous pourrions concourir à la mettre à l'abri des critiques de ses détracteurs, et à l'empêcher de tomber dans un discrédit immérité.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

Traitement antiseptique du furoncle.

Il consiste à pratiquer : 1° l'*antisepsie du milieu intérieur* ; 2° l'*antisepsie locale.*

1° *Antisepsie du milieu intérieur.* — On prescrit soit

Digitized by Google

le naphtol, soit le sulfure de sodium, selon la méthode de M. Bouchard ou celle de M. Gingeot.

L'antisepsie par le naphtol est assurée quand la coloration des selles devient verte. Voici la formule de M. Bouchard :

Naphtol B..... 13 grammes
Salicylate de bismuth.... 7 gr. 50
M. s. a. et divisez en trente cachets.
Dose : deux à trois cachets par jour chez l'adulte.

Le sulfure de sodium recommandé par M. Gingeot doit s'administrer en solution dans l'eau ou dans le lait, par petites doses fréquemment répétées.

On peut le formuler ainsi :

Sulfure de sodium .....
Bicarbonate de soude...
Sulfate de potasse.....
Acide tartrique.....
Gomme arabique..... } ãã 5 grammes
M s. a. et divisez en cinquante paquets semblables.

Prendre, toutes les trois heures, un de ces paquets en solution. On peut au besoin doubler la dose.

L'*eau sulfocarbonée* peut être aussi essayée dans le même but.

2 *Antisepsie locale.* — *a*) Lotions générales avec l'eau boriquée, la solution faible de sublimé ou de vinaigre de Pennès ; les bains sulfureux ou au sublimé. — *b*) Pansement du furoncle avec un tampon d'ouate hydrophile imbibé d'eau phéniquée ou boriquée, ou bien d'alcool camphré.

Selon la pratique de M. Lucas Championnière, on recouvre le pansement d'une feuille de gutta-percha laminée ou d'une plaque de makintosch.

M. Gingeot recommande les badigeonnages avec la teinture d'iode comme moyen abortif.

L'ouverture du furoncle par le bistouri doit être opérée tardivement et quand les douleurs sont intolérables. Enfin, si la tumeur est très volumineuse, il y a avantage à employer le procédé de M. Verneuil, par ponctions rapprochées avec le thermocautère.

3° *Traitement prophylactique.* — A l'intérieur, il est utile de prescrire les eupeptiques, le fer et les arsenicaux.

Delioux administrait l'arsenic par la méthode suivante :

Arseniate de soude. 0 10 centigr.
Eau distillée..... 200 grammes
F. s. a. une solution.

Avant le déjeuner et le dîner, ingérer une cuillerée à café de cette solution dans une demi-verrée d'infusion concentrée de chicorée sauvage ou de cônes de houblon. Cesser la médication après vingt jours pour y revenir à nouveau.

Régime lacté, herbacé ; peu de viandes ; proscription absolue de l'alcool. Comme boissons, aux repas, préférer la bière ou le vin blanc coupé d'eau des sources arsenicales de Vals ou d'eaux ferrugineuses (Bussang, Orezza, etc.)

CH. ELOY.

LETTRES D'ALLEMAGNE

Autour du Congrès des sciences médicales

(*D'un correspondant spécial*)

Berlin, 5 août 1890.

En dehors du Congrès. — L'Institut orthopédique de l'Université de Berlin. — Le service de la désinfection à Berlin.

Je n'ai pas, dans ces lettres, l'intention de relater par le menu les épisodes et les travaux du Congrès. Les journaux politiques ne manqueront pas de rapporter les premiers. Quant aux seconds, ils ont place ailleurs, dans les colonnes du *Journal des praticiens*.

Je ne parlerai pas non plus des incidents qui ont précédé l'ouverture de cette assemblée, ni de l'abstention, remarquée, des principaux de nos maîtres qui sont l'honneur de la médecine française.

La plupart des français qui sont ici sont venus, je crois, comme votre correspondant, dans le but de se rendre compte de ce que les médecins et les hygiénistes allemands font au point de vue pratique. D'autres, par conséquent, décriront l'organisation bien connue du Congrès, de sa première séance, du vaste local dans lequel il s'est réuni, de l'ornementation assez originale de cette salle, où l'on voit un Esculape colossal — il est de plâtre — sur un trône doré, en arrière du bureau du Congrès ; à droite : la loge impériale, ornée de tentures, éclairée à la lumière électrique et abritant le buste de Guillaume II ; à gauche, enfin, sur un autel la statue de la Germania, casquée, armée — c'est un emblème — et entourée de deux anges, un symbole, dont, je l'avoue, on n'a pu me donner le sens. Cette mise en scène théâtrale est bien en rapport avec le caractère « allemand » que, dans leur patriotisme, les organisateurs du Congrès ont voulu lui donner. D'ailleurs, il ne faut pas s'en étonner, puisque sur les cinq mille adhérents au Congrès, plus de la moitié habitent l'Allemagne, et les autres, par leur origine, leur éducation ou leur nationalité, ont des tendances germaniques.

C'est un chiffre et un fait à méditer pour nous autres Français, et que ce Congrès vient, encore une fois, de mettre en cruelle évidence. Il ne m'appartient pas d'en chercher les raisons ; d'ailleurs il me semble que vos lecteurs ne sont pas sans les avoir trouvées déjà dans les colonnes de la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*.

Le premier monument que j'ai visité est la *Policlinique orthopédique de l Université de Berlin* (Marthallenstrasse. D.)

Installée dans une maison assez belle, elle en occupe surtout le premier étage. A l'entrée, sauf l'aspect plus riant des murailles, on croirait pénétrer dans quelque lieu de tortures.

Dans les trois ou quatre salles qu'on parcourt, partout le fer et le bois, de ci de là, il est vrai, recouverts de velours, nous apparaissent sous des formes menaçantes. Ce sont les appareils orthopédiques, plus ou moins compliquées, mais tous construits selon les mêmes principes suivants :

1° Suspension au moyen d'un appareil de Sayre, plus

Digitized by Google

ou moins modifié, la traction s'exerçant soit dans la direction verticale, soit sur un plan incliné ;

2° Pression à l'aide de lacs, pelotes et coussins rembourrés, ou bien de petites plaques métalliques.

Par les combinaisons ingénieuses de ces appareils, on exerce une action directe et assez forte contre toutes les déviations de la colonne vertébrale et on en obtient le redressement.

Un des appareils comprend un cadre mobile vertical auquel sont adaptés trois coussins plats pour la tête, la région dorsale, la région lombaire. Ces espèces de banquettes rembourrées recouvertes de velours peuvent se fixer diversement, de façon à repousser les régions proéminentes. Lorsque tout est en place, sujet et pelotes, on fait basculer le cadre, et le poids de l'enfant soulevé représente la force de la traction.

Pour prendre le contour du thorax, on emploie une espèce de vaste flûte de Pan métallique dont les tuyaux forment des tiges pleines qui glissent dans autant de coulisses réunies sur une même ligne. L'application sur le thorax repousse les pointes mousses des tiges et donne ainsi le tracé du contour thoracique qu'on peut reporter sur le papier.

Je ne m'arrête pas aux autres appareils; leurs principes sont les mêmes. Sans être complètement neuve, cette installation intéressera tous les orthopédistes. Ces appareils ingénieux semblent utiles en permettant le redressement pendant l'application du corset de Sayre dont nous avons examiné des échantillons en coutil, dont la légèreté est à recommander.

Quand la disposition ne permet pas la pose d'un corset en plâtre ou en silicate, la machine ne sert que pour les exercices momentanés ; l'effet n'en est pas durable. Or, à une affection chronique, il faut un traitement chronique.

Cette remarque ne retire pas, du reste, à cette méthode de redressement mécanique ses avantages, lorsqu'il s'agit de déviations essentielles, comme les déviations dites scolaires.

La *désinfection* est ici, comme ailleurs, un moyen d'hygiène fort en vogue.

Courir sus aux microbes est un axiome médical. Mais comment y arriver? Voilà ce qu'il est utile de savoir.

Je vous envoie le résultat de mon espionnage dans les établissements de désinfection berlinois. Celui-là est licite et humanitaire.

Tout ce qui regarde l'hygiène ressortit au département impérial de la santé.

Le secret médical n'est pas admis pour les affections contagieuses. Le médecin doit, de par la loi, déclarer immédiatement tous les cas de choléra asiatique, de variole, de typhus exanthématique, de fièvre typhoïde, de rougeole, de scarlatine, de diphtérie, de fièvre puerpérale et de coqueluche.

Les établissements de désinfection sont au nombre de trois. Le premier que j'ai visité est celui de l'hôpital municipal de Moabit (Stædtkrankenhauss Moabit) situé Thurmstrasse.

Il est annexé à l'hôpital mais placé dans un pavillon séparé, sur le front de l'établissement. L'appareil à désinfection ne sert que pour l'hôpital et nullement pour la ville. Toutes les salles situées dans le parc forment des pavillons complètement isolés par des petits jardins, et sont placées dans un rez-de-chaussée, sans étage, construit en briques et en fer; le matériel, lits, chaises, tables de nuit est en fer revêtu de couleurs vernies à aspect de pitchpin.

On reçoit, à l'hôpital, les rougeoles, scarlatines, diphthéries, érysipèles, varioles, fièvres typhoïdes, typhus exanthématiques, syphilis et maladies vénériennes, phtisies, fièvres puerpérales, choléra infantile, coqueluches, malaria, tumeurs et toutes les affections chirurgicales; chaque catégorie de maladies est rigoureusement isolée dans un seul local, qu'on laisse vide parfois. Le mouvement de l'hôpital a été, l'année dernière, de 4,222 hommes et de 1 799 femmes, les enfants compris dans ce nombre. Tout ce que le malade a sur le dos est désinfecté; tout cas d'infection survenant dans une salle ordinaire, force à la désinfection des literies et du linge, pour permettre à d'autres malades de continuer à entrer dans la même salle. Les objets en caoutchouc, en verre et en fer, les parquets sont lavés à l'acide phénique à 5 0/0.

L'appareil à désinfecter, construit sur le principe de la vapeur chaude sous pression, peut donner une température de 110 à 120 degrés. Sa pression peut être portée jusqu'à 2 et même 5 atmosphères.

On emploie à volonté l'air sec ou la vapeur. Le modèle de l'appareil appartient au directeur de l'hôpital. Les objets à désinfection y séjournent pendant environ 35 minutes.

Le grand établissement de désinfection publique de la ville de Berlin, celui qui sert spécialement pour les cas d'affections contagieuses en dehors des hôpitaux, date de 1886, se trouve dans le quartier Sud-Ouest, éloigné du centre, 66, Reichenbergerstrasse; il y a dans le même terrain, sur le devant, un poste de pompiers, et sur la gauche, en entrant, une usine élévatoire des eaux d'égoûts.

La désinfection comprend deux ordres de procédés, selon qu'on désinfecte le domicile du malade et son mobilier ou qu'on agit sur le linge ou la literie.

A domicile, après mort ou guérison, sont envoyés des hommes avec un sac ou plutôt une vaste boîte métallique à compartiment qui contient tous les ustensiles de nettoyage, balais, brosses diverses, le tout aseptique. Arrivés au foyer de la contagion, les employés se revêtent d'un costume en toile et se mettent sous les narines une éponge humidifiée avec de l'acide phénique. La chambre est ainsi désinfectée : les murs vigoureusement frottés avec des *morceaux de mie de pain*, le reste gratté avec des brosses et des balais ; les objets de literie, le linge, les vêtements du malade, et en partie ceux de sa famille, doivent subir la stérilisation à l'établissement.

Les appareils Oscar Schlimmel (Chemnitz), au nombre de trois, occupent un vaste bâtiment en briques, qu'un mur sans issue aucune sépare en deux ; d'un côté, l'arrivée des objets infectés, de l'autre côté, la sortie des mêmes objets stérilisés. C'est le système, adopté partout,

Digitized by Google

air chaud et vapeur sous pression. L'opération dure environ 35 minutes; la température est portée à 100° et au-delà sous une pression de deux atmosphères.

La loi ordonne d'une façon obligatoire la désinfection pour la diphtérie, le choléra, la variole, le typhus exanthématique, le typhus récurrent, d'une façon non obligatoire et d'après ordre spécial, pour la fièvre typhoïde, la scarlatine, le choléra nostras ou infantile, la rougeole, la coqueluche et la tuberculose. Il y a dans les derniers temps une tendance à désinfecter, pour la tuberculose, qui s'accentue, même parmi la population.

A tous ces frais, couverts par l'Etat ou la ville, contribuent les particuliers qui sont l'objet de ces mesures; mais, comme elles sont obligatoires, les pauvres sont forcément exempts de toutes taxes. Les taxes obligatoires comme la désinfection pour les autres personnes sont fixées d'après un tarif.

Dans le courant de la maladie, les employés de la désinfection sont aussi chargés de faire de l'antisepsie autour du foyer pour garantir les voisins; les mesures prophylactiques consistent surtout en lessivage, en lavage des escaliers et des murs à l'aide de l'acide phénique toujours à 3 0/0; le sublimé n'est employé nulle part d'après mes renseignements.

Enfin, j'ajouterai que, dans cet établissement, les appareils fonctionnent tous les jours.

Les ouvriers contractent rarement une affection contagieuse. Dès leur travail fini, ils changent complètement de vêtement. Leur vêtement de travail ressemble un peu au sareau des marins et à la coiffure des pêcheurs de nos ports, mais en toile non huilée; le vêtement quitté, ils passent dans tout un système de bains, avec savonnage et douches.

Berlin possède encore un autre établissement de désinfection, dit de réserve, sur le terrain de l'asile municipal de nuit, et qui doit servir en cas d'épidémie. Il sert malgré cela pour la désinfection des hardes des pensionnaires de l'asile de nuit et des vieillards et est construit sur le même modèle.

Dr H. Gillet.

L'asepsie chirurgicale à la clinique de Berlin

(*D'un correspondant occasionnel*)

Berlin, 7 août 1890.

Antisepsie et asepsie. — La clinique de V. Bergmann. — Asepsie de l'opéré et de l'opérateur. — Stérilisation par la vapeur. — Pansement des plaies simples et des plaies infectées.

Je viens de visiter le service de V. Bergmann et d'assister à une opération pratiquée par cet habile chirurgien qui, systématiquement, fait usage de l'asepsie scrupuleuse.

Depuis deux ans, il a remplacé l'antisepsie classique par l'asepsie, se basant sur ce fait que l'infection des plaies se produit rarement par les poussières atmosphériques, quand la surface des plaies est préservée par des compresses stérilisées, un bon pansement, et que l'atmosphère est aseptisée.

La salle d'opération de la Clinique chirurgicale de Berlin est loin d'être parfaite. Ses parois ne sont point glabres; il est donc utile, comme on le fait, d'en humidifier continuellement le sol pour empêcher les poussières desséchées de se mélanger à l'air, de contaminer l'atmosphère et véhiculer les germes. C'est l'*asepsie de la salle*.

L'*asepsie du malade*, que j'ai vu pratiquer devant moi, avant l'opération, est obtenue de la manière suivante: la peau, surtout dans la région du champ opératoire, est rasée et nettoyée avec le savon à la glycérine potassique dissous dans l'eau stérilisée. On pratique des frictions au moyen d'une compresse stérilisée. Cette friction, forte, prolongée, doit déterger complètement la surface épidermique. On asperge ensuite avec l'alcool à 45 degrés; finalement, on lave avec la solution de sublimé au deux millième.

Semblable procédé pour la *désinfection des mains* du chirurgien et des aides, au moyen de brosses conservées dans la même solution de sublimé.

Le malade est placé sur un drap de lit sec, et recouvert d'un autre drap. Ce linge a été préalablement stérilisé.

La *stérilisation des instruments* s'obtient par leur immersion, durant cinq minutes, dans une solution bouillante de soude à un pour cent. Au moment de les employer, mais à ce moment seulement, on les sèche et on les essuie avec une compresse de mousseline stérilisée. Les mêmes précautions sont observées durant l'opération, s'ils se salissent. La solution de soude a l'avantage de ne pas les rouiller.

Le *nettoyage des plaies* est pratiqué avec la mousseline stérilisée, mais jamais avec les éponges.

L'*hémostase* s'obtient avec la pince à torsion ou les pinces à forci-pressure. M. Bergmann se sert des pinces de Péan et fait suivre leur emploi de l'usage du catgut pour les vaisseaux et de la soie pour les sutures. Quant aux pinces dites de Richetot, on ne s'en sert point ici et on les considère comme dérivées de celles de Péan.

La *stérilisation du catgut* est réalisée par le procédé suivant: les fils de catgut sont disposés parallèlement sur une plaque de verre que l'on immerge dans une solution alcoolique de sublimé à cinq pour cent; ce liquide stérilisateur doit être transparent.

La *stérilisation des fils de soie* est pratiquée dans la vapeur d'eau que M. Bergmann préfère aux solutions antiseptiques dont cette vapeur ne présente pas les inconvénients.

La *stérilisation du linge*, draps, serviettes, vêtements des chirurgiens, est obtenue par la vapeur d'eau dans l'étuve de Riestochel et Henneberg; cette étuve fonctionne dans un pavillon annexé à la salle d'opération, et j'ai constaté qu'on y laisse les objets à désinfecter pendant une demi-heure à dater du moment où le thermomètre accuse une température supérieure à 100 degrés.

La *stérilisation des objets de pansement* s'obtient dans la même étuve. On prend soin, avant l'opération, de découper les pièces de pansement, suivant les dimensions indiquées par le chirurgien. Ainsi préparées, on les enferme dans des sacs de toile, ainsi que les bandages et la ouate. Ces sacs sont alors introduits dans l'étuve et y demeurent jusqu'au moment d'en faire usage.

Ces principes sont scrupuleusement observés comme

Digitized by Google

j'ai pu le constater avant et pendant l'extirpation d'un carcinome mammaire, opération dont j'ai été témoin. Il fallait non seulement enlever la mamelle, mais exciser aussi les ganglions axillaires. Les précautions hémostatiques ont été minutieuses, car M. Bergmann s'efforce toujours d'opérer à sec ; il suture la plaie, obtient le plus souvent la cicatrisation par première intention et n'enlève le premier pansement qu'après huit ou dix jours.

Toutefois, il procède différemment quand il s'agit de plaies *infectées*, (*suppuration*, *tuberculose articulaire*, etc.) Mêmes précautions aseptiques ; mais après l'opération, pas de sutures et tamponnement de la plaie avec la gaze iodoformée qui doit demeurer dans la plaie pendant au moins deux jours.

Après ce délai on retire les tampons et on pratique la suture. J'ai eu l'occasion de voir des malades opérés ainsi et chez lesquels, malgré un tamponnement de deux et même de quatre jours de durée, la guérison fut obtenue par première intention.

On dit : pas d'antisepsie, beaucoup d'asepsie ; tel est le cri chirurgical, à l'heure actuelle, à la Clinique chirurgicale de Berlin. A Paris aussi, il en est de même dans plus d'un service. Il est bon de le constater.

Dr K...

REVUE DES CONGRÈS

Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences

Ouverture du Congrès. — La gynécologie. — Curetage utérin. Technique de l'hystérectomie abdominale

Comme on l'espérait, le Congrès allemand de Berlin n'a point fait tort au Congrès français de Limoges. Les vides, fort rares d'ailleurs, causés par le voyage en Allemagne de quelques membres de l'Association, étaient comblés et au-delà par la présence d'autres membres, assez nombreux pour remplir la salle des séances de la section des sciences médicales, dont le bureau était ainsi composé : Président d'honneur, M. Potain ; président, M. Teissier (de Lyon) ; vice-présidents, MM. Chappelain (de Marseille), H. Huchard (de Paris) et Mayet (de Lyon).

Essayons, en suivant l'ordre logique, de donner une revue critique des communications intéressant la pratique médicale qui ont été lues dans la section des sciences médicales.

Gynécologie. — I. **Le curetage de l'utérus.** — Cette question à l'ordre du jour a été tranchée par notre distingué confrère de Marseille, M. Queirel. Il a pratiqué souvent cette opération et a réuni une série de 63 observations personnelles — un chiffre respectable — de femmes ainsi traitées.

Cette statistique est instructive. Dix fois il s'agissait de cancer ; 8 fois, d'accidents puerpéraux ; 16 fois, de métrite catarrhale du corps ; 15 fois de métrite infectieuse ; 4 fois, de métrite hémorragique et 10 fois de dysménorrhée membraneuse.

Cette série se divise en deux autres : dans l'une, les cas malheureux où la mort survint : 6 cas de septuenne puerpérale et 4 cas de cancer ulcéré. Dans l'autre, les cas heureux où il n'y a pas eu d'accidents : 51 cas, dont 6 de cancer.

On le voit, M. Queirel plaide chaleureusement et habilement la cause du curetage. Le manuel opératoire qu'il emploie est classique. Il pratique la dilatation extemporanée sous le chloroforme.

II. **La technique de l'hystérectomie abdominale.** — Chacun opère à sa manière et ne s'en trouve pas plus mal pour cela.

M. Chenieux (de Limoges) vient de le prouver en montrant les avantages et les règles du procédé d'hystérectomie abdominale dont il a fait usage dans cinq cas.

En voici les principaux temps : 1° L'incision doit être toujours large, pour obtenir l'extraction facile de la tumeur ;

2° Il faut éviter le morcellement de la tumeur ;

3° M. Chenieux recommande la ligature du pédicule avec la soie, sa section au thermo-cautère, ou sinon, sa cautérisation ignée quand on sectionne avec les ciseaux ;

4° Il affronte les feuillets du ligament large pour rétablir le plancher pelvien et suture le péritoine avec le fil d'argent.

Les succès opératoires de M. Chenieux justifient l'excellence du procédé. Il a obtenu cinq guérisons sur un total de six opérations. Ces résultats font le plus grand honneur à l'habileté chirurgicale de notre savant confrère limousin.

(*A suivre.*)

Dixième Congrès international des sciences médicales

Le Congrès berlinois. — Ouverture et physionomie du Congrès. — Une cérémonie allemande et patriotique. — Les délégués militaires. — Conférences générales. — M. Koch et la bactériologie. — M. Bouchard et la théorie de l'immunité — M. Axel Key et l'influence pathogénique de la puberté. — M. Lister et la chirurgie actuelle.

(*D'un correspondant particulier*)

Berlin, 9 août 1890.

Un médecin français, Gintrac (de Bordeaux), a été l'initiateur des congrès internationaux de médecine. Il convient de le rappeler dans un temps où, plus que jamais, on exproprie volontiers nos compatriotes de leurs idées bonnes ou mauvaises.

Le Congrès actuel ne ressemble guère à ceux qui l'ont précédé. Il a eu un caractère demi-officiel. Son ouverture ressemblait presque à une cérémonie militaire par la profusion des uniformes étrangers, les principales puissances ayant pris soin, sur l'invitation du gouvernement allemand, d'envoyer, symbole de paix, paraît-il, une délégation militaire. Il y avait donc des uniformes de toutes les nations : Angleterre, Italie, Autriche, Chili, Danemark, Etats-Unis, Espagne, Suède, Russie, Roumanie, Japon et France. Cet appareil militaire était bien en rapport avec l'état mental et politique de l'Europe et le génie du pays qui avait donné rendez-vous aux médecins des deux mondes.

L'image de la guerre, dans ce qu'elle a de plus cruel, ses victimes, ses blessés, semble une antithèse quand il s'agit de célébrer la science et les arts de la paix. C'est, hélas ! une réalité. Ainsi s'explique l'envoi de délégations militaires à un Congrès où il a été beaucoup parlé de la chirurgie et de la médecine des armées.

Autant se comprend peu la présence d'une délégation civile, car la chirurgie et la médecine de tout un pays, il faut avoir le courage de le dire, ne sauraient consister dans les travaux de trois ou quatre personnages, aussi hauts et aussi respectables qu'ils soient, ni être fidèlement représentées par eux.

Nous autres Français, nous devons donc féliciter notre gouvernement d'avoir désigné des délégués militaires ou marins. Il était viril et patriotique, peut-être même urgent, de montrer l'uniforme de l'armée française, rajeunie, renouvelée et plus puissante que jamais, aux vainqueurs de l'année 1870.

Digitized by Google

On l'a compris. Nos confrères et nos camarades de l'armée et de la marine ont donc reçu des médecins militaires allemands l'accueil que se doivent entre eux des hommes destinés à se rencontrer sur un autre terrain, mais conscients de leur valeur réciproque.

Du reste, autant certains choix agréés par nos ministres civils ont causé de surprise, autant la désignation des délégués militaires fait honneur au ministre de la marine, au ministre de la guerre et à la septième direction ; les voici : MM. Weber, médecin inspecteur du 7e corps d'armée ; Kelsch, médecin principal, professeur au Val-de-Grâce ; Regnier, médecin principal de 2e classe ; Nimier, médecin-major de 1re classe, professeur au Val-de-Grâce ; Schneider, médecin-major de 2e classe ; Treille, médecin inspecteur, président du Conseil supérieur de santé des colonies ; Brassac, médecin en chef de la marine ; Kermorgant, médecin en chef de la marine ; Hyades, médecin principal de la marine.

Le gouvernement allemand et la municipalité berlinoise ont voulu et ont su donner aux cérémonies de ce Congrès un caractère *officiel* et bien nettement *allemand*. Cette intention était patriotique, car, on ne saurait trop le répéter, — dût notre amour-propre en souffrir — le patriotisme allemand a saisi habilement cette occasion de s'affirmer solennellement.

De nom, ce Congrès était international ; de fait, comme on le prévoyait depuis trois mois, il était donc, je ne suis pas seul à le répéter, *allemand* et bien *allemand*.

C'est un triomphe pour l'Allemagne, il faut le confesser, dût notre patriotisme français en souffrir, aussi, après le piteux échec de certains congrès de l'année 1889.

Devant l'entrée du cirque Renz, sur le Carlstrasse, un déploiement de troupes de police ; à chaque côté de la porte, des mâts vénitiens et des inscriptions ainsi libellées : *Universi orbis terrarum medicos salutamus* : C'est le salut, courtois sans doute, de l'Allemagne en retour de l'hommage que les hommes de science viennent lui rendre. Dans la salle, une assistance nombreuse ; des toilettes feminines ; quelques costumes universitaires ou académiques ; mais surtout des uniformes militaires, beaucoup d'uniformes. Dans l'arène, les représentants du gouvernement impérial et du royaume de Prusse, et ils sont nombreux ; les délégués des Facultés et Universités allemandes, les membres du corps diplomatiques ; bref, il s'agit bien de célébrer l'Allemagne, de montrer sa puissance et d'en faire sentir tout le poids.

Puis, la mise en scène s'y prête. Dans le fond de la salle, on voit la statue d'Esculape, par Westphall, se détachant sur un fond rose ; mais ce Dieu, qui représente la médecine, n'est pas seul suzerain en ce lieu. A ceux qui l'oublieraient, on a pris soin de le rappeler : ici par une autre statue, la Germania selon les uns, Minerve d'après les autres, car on n'a pu s'entendre sur la signification de cette figure et des Victoires qui sont à ses côtés, et là par le buste de l'empereur. Enfin association de l'antiquité classique aux réalités modernes, l'architecte du gouvernement, M. Jaffé, a, pour l'ornementation du fond de la salle et en manière de décor, reproduit une vue de l'intérieur des bains de Caracalla.

L'effet a été bien calculé dans cette mise en scène, qui ne manque pas de grandeur ; on a tapissé les murs avec les armes et les écussons des villes et des princes allemands, devenus les feudataires de l'empereur, et le plafond, avec des bannières aux couleurs des nations étrangères.

Dans l'arène, ont pris place les principaux membres étrangers du Congrès, entre autres : peu d'Autrichiens, Billroth et Nothnagel, Albert Meynert, Stark, Kraft, Ebrig, Winterniz ; beaucoup d'Anglais, Lister, Paget, Horsley, Macewen, Pavy, Mac Cormac, Brunton ; les Italiens, Mosso, Bacelli, Maragliano, Contani, Foa, Golgo ; les Belges Thery et Van Beneden ; les Hollandais, Pel, Stokers, Rosenstein, Pekelharing ; les Danois, Lange, Gent et Iversen ; les Norvégiens Lache, Heiberg, K. Hanosen ; les Suédois Retzius, A. Key, Holmgren ; les Suisses Socin, Kocher, Fick, Prévost et Dufour ; les Américains, Billings, Sayre, Jacobi, O. Dwyer, Osler, Loomis, Steward et Wood ; les Russes Kroepelin, Danilewski, Unwerricht, Heryng et Erisman, et, sans parler des Espagnols, des Portugais, des Mexicains, des Japonais ou des Chiliens, les Français Le Fort, Bouchard, Ollier, Nicaise, Ch. Richet et Chauveau.

Inutile de mentionner la harangue de M. Virchow, qui a été transmise télégraphiquement aux principaux journaux européens, celles de MM. Von Bœtticher et Gossler parlant au nom de l'Empire et au nom du gouvernement prussien, et dont la portée était aussi politique. Inutile aussi de mentionner les échanges de compliments entre les congressistes et le bureau du Congrès, M. Hamilton au nom des médecins américains, M. Paget au nom des médecins anglais, M. Bouchard au nom des délégués français, et M. Bacelli au nom de ses compatriotes italiens. Ces échanges de compliments motivent toujours des applaudissements. C'est l'usage, à Berlin, comme ailleurs. Voici le nombre des adhérents au Congrès : Allemands et Autrichiens, 7,885 ; Américains, 623 ; Russes, 421 ; Anglais, 353 ; Français, 171 ; Danois, 139 ; Hollandais, 111 ; Suédois, 106, et 1,379 dames)

Dr K...

Cette lettre nous dispense de rapporter les divers épisodes du Congrès. Passons aux questions scientifiques qui ont été traitées : les unes sont d'intérêt général et ont été l'objet des conférences de MM. Koch, Lister, Bouchard, Key, etc. ; les autres ont été discutées dans les sections, à l'ordre du jour desquelles elles figuraient, ou exposées dans les communications des congressistes.

I. — **De l'état actuel de la bactériologie.** — Sur ce terrain, il était facile de s'étendre. M. Koch a voulu se resteindre et donner un tableau de ses propres travaux et des progrès de la bactériologie depuis quinze ans.

Aujourd'hui il y a des faits bactériologiques bien acquis : fixité de l'espèce pour les bactéries infectieuses ; détermination et diagnostic de ces espèces par des caractères morphologiques et biologiques ; et rapport des bactéries avec les maladies infectieuses. Il y a aussi des questions encore à l'étude : le parasitisme des bactéries, leur mode de pénétration dans l'organisme, le rôle pathogène des toxines, l'immunité, les débats sur la phagocytose ; enfin l'action des agents physiques ou chimiques sur les bactéries.

Faut-il énumérer les résultats pratiques des études bactério-

Digitized by Google

logiques? Désinfection rationnelle, analyse des eaux potables, thérapeutique bactéricide, inoculations préventives pastoriennes.....

M. Koch termine en énumérant ses essais sur l'action de certains agents médicamenteux contre la tuberculose. Au premier rang, il place la créosote, le naphtol B, certaines couleurs d'aniline, les vapeurs mercurielles et surtout les cyanures d'argent ou d'or; qui non seulement amènent, de plus la rétrogradation de la maladie chez les animaux expérimentalement tuberculosés, mais de plus les rendent réfractaires à l'inoculation.

Ajoutons que M. Koch émet discrètement ces conclusions; les réserve même et, sage prudence, se prémunit contre toute généralisation trop hâtive. On ne peut nier que son discours ne soit un exposé magistral, sinon absolument impartial, des travaux bactériologiques contemporains.

II. **Le mécanisme de l'infection et de l'immunité.** — Sous cette rubrique, M. Bouchard a voulu formuler *l'essai d'une théorie sur l'infection* : la maladie, sa guérison, l'immunité et le virus vaccin ; une vaste question qui, si elle eût été présentée dans une séance des sections, aurait motivé sans doute un débat d'autant plus intéressant qu'il aurait été contradictoire.

Par quels procédés les microbes influencent-ils un organisme animal? Par huit procédés dont le principal est une matière qu'ils secrètent et qui paralyse les centres vaso-dilatateurs, empêche ainsi les phénomènes d'exsudation et de diapédèse; les phénomènes inflammatoires. Ces produits rendent l'infection générale plus rapide même quand il y a eu préalablement immunité acquise.

Les matières vaccinantes possèdent la propriété de produire l'état bactéricide : cet état débute quelques jours après la vaccination et persiste longtemps. Les humeurs bactéricides, à des degrés divers et suivant leur puissance, arrêtent ou modifient le développement des microbes.

La maladie résulte donc de la puissance plus ou moins grande de cet état bactéricide. Si cette puissance est faible, les microbes se développent et quand leur multiplication est suffisante, la maladie éclate se traduisant par des symptômes fébriles et toxiques.

Le microbe secrète des substances paralysantes qui suspendent l'action des centres vaso-moteurs, empêchent la diapédèse et par conséquent le phagocytisme. L'intoxication s'aggrave jusqu'au moment où l'intervention des matières vaccinantes, modifiant la nutrition, prépare et produit l'état bactéricide. L'acmé est venu ; la maladie va décroître ; la pullulation microbique se ralentit ; les matières paralysantes sont moins abondantes ; la diapédèse se produit et le phagocytisme entre en jeu de nouveau.

De là cette conclusion que l'immunité acquise est due à la persistance de l'état bactéricide chez les vaccinés, la bacterie virulente ne produit plus l'infection parce qu'elle s'est atténuée dans l'humeur bactéricide et est devenue impuissante à empêcher la diapédèse.

Bref, pour M. Bouchard, l'immunité naturelle résulte d'un degré plus ou moins grand de la résistance du centre vaso-dilatateur aux paralysantes et non pas d'un état bactéricide.

III. — **De la puberté et de ses rapports avec les maladies infantiles.** C'est là une question fort étendue que M. Axel Key (de Stockholm), dans sa conférence a envisagée un point de vue social et climatérique : point de vue assez banal d'ailleurs.

Les enfants pauvres, a-t-il dit, se développent plus lentement que ceux des classes riches et cependant, ajoute-t-il, la puberté est plus tardive pour ceux-ci que pour ceux-là ?

A propos de l'action du climat, le congressiste suédois a fait cette remarque que le poids des enfants augmenterait plus rapidement pendant l'été que durant l'hiver et que les dangers de maladie sont plus grands pendant les saisons intermédiaires. Enfin il demande, comme sanction pratique, qu'il soit tenu compte de ces données dans l'hygiène scolaire.

IV. — **L'état actuel de la chirurgie.** Comme de juste, c'était à Lister que devait échoir l'honneur mérité d'exposer, en anglais, les merveilleux résultats de l'antisepsie.

Cette conférence est un exposé de la méthode, de son histoire, de son origine et de son développement. Cependant, M. Lister reconnaît que la méthode dont il a été l'initiateur n'était pas sans défauts. Il a donc été conduit à la réformer. C'est ainsi qu'il abandonne le spray et reconnaît que les pulvérisations antiseptiques « et les brouillards antiseptiques » dans l'atmosphère des salles d'opérations ou les chambres des malades, ne peuvent détruire les microbes véhiculés par l'air.

Cet aveu est conforme à l'expérience des autres chirurgiens. Enfin M. Lister a terminé cette conférence en recommandant l'emploi comme antiseptique, du cyanure de zinc et du cyanure de mercure : deux corps bien toxiques, on le sait depuis longtemps, mais dont il a fait connaître les avantages dans ses dernières communications aux sociétés médicales anglaises. C'est donc le dernier cri de l'antisepsie chirurgicale en Angleterre.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

Eaux-Bonnes, 3 août 1890.

De la valeur diagnostique de la toux dans la tuberculose

La *Revue générale de clinique et de thérapeutique* a dernièrement publié l'analyse d'un travail de MM. Combemale et Lefrançois sur le *Clou phymique et sa valeur diagnostique*. Sans sortir du même ordre d'idées, je soumets à l'attention des praticiens une donnée phtisiographique, qui, dans le diagnostic, peut avoir sa portée pratique.

Toutes les fois que la percussion sera méthodiquement pratiquée sur la paroi thoracique, elle provoquera, une fois sur dix, de la toux, lorsque le point percuté correspondra à une masse tuberculeuse, à quelque période que soit parvenu le processus. Le phénomène ne se produira pas dans les cas où l'on aura affaire à des maladies simples des organes respiratoires (bronchite, pneumonie, pleurésie, bronchiectasie ou congestion non spécifique pulmonaire).

Cette donnée n'est ni une vue de l'esprit, ni le fait d'une simple coïncidence. Elle repose sur *cent quarante observations*; dans ce nombre, relativement respectable, la toux n'a fait défaut que *quatorze* fois. Il est important de faire remarquer à ce sujet que, dans ces quatorze cas, la tuberculose revêtait la modalité franchement torpide. Or on sait que, dans cette forme de la phyme, la sensibilité est généralement obtuse. Aux yeux des praticiens appelés à soigner des phtisiques, la donnée clinique aura sa valeur. Ils savent, comme nous, à quelles méprises l'oreille la plus fine est parfois exposée dans la diagnose de certaines phtisies douteuses. Aussi ne dédaigneront-ils pas ce supplément de lumière qui viendra à leur secours dans les cas morbides suivants.

En tête de la liste des lésions pulmonaires susceptibles de donner le change au médecin s'inscrivent : les congestions non spécifiques localisées au sommet des poumons. Elles simulent au plus haut degré la tuberculose, tant par leur similitude plesso-stéthoscopique avec la phtisie que par l'*habitus* du malade, surtout en présence de commémoratifs incertains. Que de guérisons de congestions non spécifiques inscrites à l'actif de la curabilité de la tuberculose. Poursuivons l'inventaire.

Ne rencontrons-nous pas journellement dans notre pratique des phtisiques dont les tubercules sont encapuchonnés d'une gangue pseudo-membraneuse reliquataire d'une pleurésie chronique ? Cette coïncidence anatomo-pathologique déroute bien souvent le clinicien par la confusion qu'elle produit dans la perception des bruits d'origine phymique. Il est déjà assez malaisé de distinguer le frottement *saccadé* de la pleurésie des sommets avec le craquement *sec* pathognomonique du tubercule cru lorsque les deux lésions existent isolément. Que dire quand elles coexistent? La toux provoquée par la percussion fera cesser l'incertitude.

Digitized by Google

C'est principalement dans la bronchiectasie que la donnée clinique peut devenir d'une grande importance diagnostique. On sait, en effet, quelle analogie symptomatique existe entre la dilatation des gros tuyaux bronchiques et la phtisie cavitaire. On n'a, pour s'en convaincre, qu'à lire les pages admirables de précision que consacre à ce sujet l'immortel Laënnec, singulièrement oublié de nos jours Et, fait digne de remarque, il nous démontre, le scalpel à la main, que cette similitude entre les deux états morbides, si grande sur le vivant, existe encore sur le cadavre.

Les bactériologistes ne manqueront pas de nous opposer l'examen microscopique des matières expectorées, Mais, en admettant que le bacille soit toujours cause et non effet dans l'évolution tuberculeuse, la technique bactériologique est en core trop jeune dans la science et trop peu vulgarisée dans le corps medical, surtout en province, pour dissiper le doute, du moins d'ici un temps plus ou moins long.

En signalant à l'attention du praticien ce nouveau moyen de diagnostic, je ne fais qu'obéir à la pensée qui a dirigé les recherches des maîtres en plessimétrie et en stéthoscopie.

Dr Cazenave de la Roche

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 août 1890

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

M. P. Gibier lit une note sur les *propriétés antiseptiques de l'eau oxygénée*. Il résulte de ses recherches que, bien que cette eau oxygénée soit instable et attaque les objets métalliques, elle constitue un puissant antiseptique. Des cultures du bacille charbonneux, après quelques minutes de contact avec l'eau oxygénée, sont restées stériles. Un fragment de moelle pris sur un lapin rabique et soumis à l'action de l'eau oxygénée n'a pas donné la rage à un lapin.

M. Terrillon lit l'observation d'une malade à laquelle il a extirpé une portion du foie farcie de kystes hydatiques. Il a employé, pour pédiculiser cette portion du foie, la ligature élastique La partie du foie ainsi isolée a été laissée hors de l'abdomen. Au bout de huit jours, elle a été réséquée et, 30 jours après, la malade était guérie.

M. Constantin Paul lit un *Rapport sur les eaux minérales*,

Eléphantiasis du testicule — M. Le Dentu lit une note sur un malade auquel il a enlevé un testicule et une portion du scrotum, atteint d'éléphantiasis. Il pense que l'induration de l'épididyme et du testicule succède à des poussées d'orchite paludéenne aiguë ou bien qu'elle est chronique d'emblée. Cette induration est une forme de l'éléphantiasis. Elle coïncide parfois avec l'éléphantiasis du scrotum. Dans d'autres cas, celle-ci est absente.

Dans le cas actuel, on a trouvé, sur le testicule, des lésions semblables à celles de la peau et du tissu sous cutané. Entre le testicule et le scrotum, il y avait une couche de tissu conjonctif lâche. Sous cette couche, on transcrit de grandes vacuoles kystiques remplies d'une sérosité bleuâtre. La face interne était couverte d'un épithélium pavimenteux. Elle représentait ce qui restait de la tunique vaginale. La glande séminale était à peu près intacte. Les cloisons séparant les lobules étaient normales. Les lésions étaient localisées sur la tunique albuginée, On voyait de grandes dilatations lymphatiques entre lesquelles existaient des cellules lymphatiques. Au milieu du corps d'Hygmimore se trouvaient des dilatations kystiques. Au niveau de la tête de l'épididyme, les conduits séminifères étaient dilatés.

F. R.

BULLETIN DE LA SEMAINE

1872-1890. — *Dix-huit ans après — L'Association française à Limoges. — Le Congrès des aliénistes français. — A quand le Congrès français de médecine interne ?*

Dans le pays de Limousin, les gens sont de bons patriotes. Ils viennent de le prouver encore une fois par l'accueil cordial et presque enthousiaste avec lequel ils ont reçu, fêté et honoré les membres de l'Association française en Congrès à Limoges.

Ce beau pays, les géographes le disent, est au cœur de la France. Cette semaine, il semblait, en être l'âme scientifique.

D'ailleurs, au rendez-vous que sa courtoise hospitalité leur offrait, les savants français et, parmi eux, les médecins ont été fidèles : c'est une habitude qui d'année en année s'invétère et une réponse constamment renouvelée contre ceux toujours intéressés — « à représenter le rôle » de la France comme fini dans le monde de l'intel- » ligence ».

Cette fois, et ce n'est point la dernière, l'immense majorité de nos confrères l'a prouvé en préférant Limoges à Berlin ; le devoir patriotique, aux plaisirs et à l'éclat des réceptions dans un pays étranger. Quoique moins bruyantes, les fêtes de Limoges si cordialement patriotiques valaient bien le spectacle, tout réjouissant qu'il a pu paraître, du triomphe de Gambrinus dans les salons de la Maison Rouge à Berlin et de M. Virchow porté, après boire, sur les épaules de ses compatriotes.

***

En sciences, comme ailleurs, on juge de la prospérité d'une institution par son budget. Le capital social de l'Association française, en 1872, s'élevait à 113,000 fr. Aujourd'hui, il dépasse 839,000. A bientôt le premier million. Voilà donc que, devenue adolescente, — elle a dix-huit ans, — la fillette de l'année 1872 possède une dot de riche héritière. Ces chiffres ont une éloquence pour montrer les résultats immenses obtenus par une œuvre qui s'honore d'être d'initiative privée, et surtout exempte de toute attache officielle.

En 1872, l'Association française avait pour secrétaire-général M. Cornu. En 1890, le secrétaire-général en est devenu le président. Mêmes hommes, même patriotisme, mêmes efforts, vers un même but ; mais avec le succès en plus, M. Cornu a dû éprouver, durant toute cette semaine, une douce et intime satisfaction de constater que sa voix a été entendue et qu'on a répondu à l'appel chaleureux qu'il adressait il y a dix huit ans : — « Non » seulement aux grands noms de la science française, » mais à tous les hommes d'intelligence et d'énergie » qui ont à cœur de revoir la France grande et pros- » père ».

***

Le succès du Congrès de Limoges et le bruit du Congrès de Berlin ne peuvent pas faire oublier l'ouverture du Congrès national des médecins aliénistes C'était une première, dont Rouen était le théâtre. On pouvait redouter un échec ; toute entreprise nouvelle n'y est-elle point exposée ? Loin de là : on a obtenu un succès, un

Digitized by Google

grand succès, dont on ne saurait trop féliciter les initiateurs de ce Congrès.

Au reste, cette réunion cordiale, et si nettement scientifique, aura un lendemain. A l'exemple de l'Association française, à l'exemple aussi des grandes Associations étrangères, les médecins aliénistes se réunissent dans une ville de la province. Dans un an, ils iront à Lyon; l'année d'après, mais ne prédisons pas l'avenir... ils n'iront point à Berlin.

Un peu moins d'internationalisme et un peu plus de patriotisme scientifique. Que l'exemple des médecins aliénistes soit donc fécond.

Les Congrès se multiplient : les grands Congrès internationaux donnent peu; on le reconnaît. C'est le principe de la division du travail qu il faut appliquer aux sciences médicales : Congrès français de chirurgie, Congrès français de dermatologie; Congrès .... mais je m'arrête; à quand donc, docile à un mouvement de patriotisme sincère, et oubliant des rivalités de personnes, les médecins français feront-ils, pour la médecine, ce que les chirurgiens français ont su faire pour la chirurgie ?

A quand donc le Congrès français annuel de médecine interne ?

CH. ELOY.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

Le syndicat de la presse et le Congrès de Berlin. — Notre confrère estimé, M. Chevalleraut écrit les lignes suivantes dans la *France médicale* du 8 août 1890 :

Il y a trois mois, la majorité des membres du Syndicat de la presse médicale a signé une déclaration invitant nos confrères à se rendre en nombre au Congrès ; nous avons fait partie de la minorité qui s'est abstenue, et cela pour deux raisons : d'abord parce qu'il nous paraissait indiqué de nous tenir sur la réserve, en face de nos confrères allemands qui tous, l'an dernier, d une façon absolument systématique et pour des raisons que nous n'avons pas à apprécier, avaient refusé d'assister aux très nombreux Congrès qui se sont tenus à Paris pendant la durée de l'Exposition ; en second lieu parce que cette adresse de la presse au corps médical français nous paraissait *un peu naïve et enfantine*. Nous ne croyons pas que la presse politique, celle qu'on appelle ordinairement la grande presse, ait une influence très marquée sur les masses populaires, peu intelligentes et peu instruites; et nous croyons encore beaucoup moins que notre presse spéciale puisse modifier bien profondément les opinions d'une corporation aussi réfléchie, aussi libre, aussi indépendante que la nôtre Qu'elle puisse formuler, synthétiser ces opinions, c'est assurément son rôle, mais elle ne les fait pas naître.

Très bien, cher et honoré confrère, et, à bon entendeur, salut! Un syndicat a, en effet, d'autres devoirs à remplir qu'à rédiger des manifestes.

Les vices de l'enseignement médical ? — Le rédacteur qui écrit les lignes suivantes empruntées au *Concours médical* du 9 août 1890, est sévère. Est-il injuste ? Lisez et vous trouverez peut-être qu'il n'a point tout à fait tort.

Peu enclins à médire des institutions de notre pays, nous ne pouvons, cependant, ne pas reconnaître que notre enseignement médical est vicié par l'absence de professeurs voués uniquement à l'enseignement. Tous sont absorbés par le soin, par les exigences de leur clientèle, il n'y a pas ou peu d'enseignement libre, etc., etc.

Et voilà maintenant que les Facultés de province, déjà peu favorisées, veulent se multiplier, se transformer, les Facultés, en Universités ; les écoles en Facultés. C'est une course au clocher, où le dernier mot restera à la potitique, si le gouvernement n'y met bon ordre.

Si les *Universités* qu'on veut créer, dotées de la personnalité civile, deviennent riches, elles seront un peu moins sous la tutelle de l'Etat, elles éviteront peut-être l'écueil, qui les attend, du favoritisme, des familles titulaires de tous les emplois, si on veut une première fois donner (en ce qui concerne la Faculté de médecine, dans l'Université) la parole aux suffrages des médecins. Ils devraient être représentés au conseil de la Faculté. Comme ce sont eux qui, comme pères de famille, comme contribuables, font les frais des remaniements incessants opérés à tort et à travers par le *conseil supérieur*, ils devraient être admis à ce conseil, en bon nombre, et seraient les juges du camp.

C'est, en termes différents, la théorie de la thèse que la *Revue de clinique* défend. Allons ! c'est du côté où l'on s'y attend le moins que l'on trouve parfois des auxiliaires !

Toujours Montpellier et Marseille. — On lit dans la *Province médicale* du 9 août 1890 :

Nous n'avons pas à prendre parti dans la querelle et à nous associer aux bruyantes protestations de Montpellier. Quand la Faculté de Lyon fut créée, les naturels de Montpellier protestèrent; quand on parle de fonder une Faculté à Marseille, ils démissionnent ; si jamais Toulouse obtient sa Faculté, il ne leur restera que le suicide.

Mais ce côté peu intéressant d'intérêt personnel mis à part, nous n'en trouvons pas moins que la création d'une Faculté à Marseille est une mesure fâcheuse. Il y a déjà trop de facultés de médecine : Lille, Nancy sont réduites à un nombre d'étudiants par trop faible. Que restera-t-il à Montpellier quand Marseille lui fera concurrence ?

Et si vous vous rendez aux vœux de Marseille, vous serez bien forcés quelque jour d'exaucer ceux de Toulouse. Trois facultés pour le Midi, c'est deux en trop.

Créez une faculté à Marseille, mais en y transférant celle de Montpellier ; en agissant autrement vous grevez sans aucun bénéfice le budget de l'Etat, et en constituant des facultés anémiques, vous ravalez l'enseignement médical.

CH. E.

NOUVELLES SANITAIRES

ÉTRANGER

ESPAGNE. — **L'épidémie cholérique de 1890.** — L'extension de l'épidémie dans les provinces orientales de l'Espagne cause une émotion d'autant plus vive que les nouvelles sont toujours contradictoires. Nous nous abstenons de publier le chiffre officiel de la morbidité et de la mortalité cholériques, ils sont évidemment inexacts. On peut cependant juger de la malignité de l'épidémie par le fait suivant : A Canals, district de Jativa (province de Valence), il y a eu, le 8 août, 30 cas et 26 décès sur une population de 500 habitants. De plus, on estime que, du 13 mai au 2 août, les décès cholériques, survenus dans la banlieue de Valence, ont été de 700.

Ces chiffres suffisent pour justifier nos prémisses.

ARABIE. — La gravité de l'épidémie n'est point douteuse et

Digitized by Google

le gouvernement ottoman multiplie les quarantaines à l'égard des pèlerins revenant en Syrie, en Anatolie et en Turquie d'Europe. Le gouvernement égyptien a pris des dispositions habituelles pour mettre ces derniers en observation à El Tor. Ces mesures sont bien connues.

Le nombre des décès à la Mecque varie de 150 à 180 par jour.

MÉSOPOTAMIE. — L'épidémie serait stationnaire, mais ses foyers n'y conservent pas moins toute leur redoutable activité; de sorte qu'à l'heure actuelle l'Europe est menacée du choléra de trois côtés à la fois.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Nominations dans le corps de santé militaire (Armée territoriale). — *Au grade de médecin aide-major de 1re classe*: MM. les médecins aides-majors de 2e classe Jouin, Goubaut, Marciguey, Berruzier et Du Magny.

Nomination dans le corps de santé de la marine (Activité). — *Au grade de médecin de 2e classe*: M. le Dr Guilland.

Une mesure d'hygiène. — Les travaux des hygiénistes ne sont point lettres mortes auprès du Ministre de la guerre et de la septième Direction. Tant mieux. On connaît un mémoire récent (Voir *Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1890) sur la propagation de la tuberculose par les instruments de musique.

Il n'est, sans doute, pas étranger à une circulaire ministérielle prescrivant le nettoyage et la désinfection des instruments de cuivre et de bois, en service dans les corps de troupes, lorsqu'ils changent de propriétaire. Dorénavant, on observera plus régulièrement ces instructions.

VARIÉTÉS

La morbidité et la mortalité par la phtisie. — La morbidité militaire par la phtisie est de 10 0/0 en Angleterre, 4,8 en Autriche, 4,3 en Belgique, 3,12 en Allemagne, et 2,6 en France.

Dans les armées de ces mêmes pays, la mortalité est de 2,14 0/0 en Angleterre, 2,7 en Autriche, 1,11 en France, 1 en Belgique, et 0,83 en Allemagne.

Une application de l'antisepsie intestinale à l'apiculture. — M. Lortet (de Lyon), vient d'utiliser le naphtol, pour détruire les bacteries qui se développent dans l'intestin des abeilles et provoquent l'épizootie connue sous le nom de « la loque ». On dissout 33 centigrammes de naphtol dans un litre de sirop de sucre et on ajoute 1 gramme d'alcool pour faciliter la dissolution.

Au printemps, avant la ponte, on fait absorber ce sirop aux abeilles et le plus souvent on arrête ainsi l'épidémie si meurtrière qui dépeuple les ruches.

Des microbes pyogènes chez l'homme et les animaux. —Dans une série de 200 inflammations suppuratives, Karlinski a trouvé :

Staphylococcus pyogenes aureus	82 fois
Streptococcus pyogenes	45
Staphylococcus pyogenes albus	55
— — citreus	7
Micrococcus tetragenus	6
Bacillus pyog. fœtidus	3
Bacillus Friedlander	2

L'examen d'abcès chez 150 mammifères ou oiseaux lui a donné :

	Mammifères	Oiseaux
Staphylococcus pyog. aureus	25 fois.	15 fois.
— — aureus	15	11
— — citreus	5	14
Streptococcus pyogenes	23	11
Micrococcus tetragenus	9	10
Bacillus pyogenes fœtidus	4	10
Bacille de la morve	2	»

Un essai expérimental de prothèse cornéenne. — M. le docteur Guillaume a exposé dernièrement à la Société des Sciences médicales de Lyon un procédé de prothèse cornéenne consistant à ouvrir une fenêtre artificielle dans une cornée opaque et à fermer l'ouverture avec une fine cupule de verre. Il a présenté un chat qui depuis quatre mois porte dans la chambre antérieure de l'œil, appliquée contre la face postérieure de la cornée, une cupule en verre. C'est le premier temps de l'opération, le second consisterait à ouvrir par trépanation une fenêtre à la cornée supposée opaque.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs H. Toussaint, professeur à l'Ecole de médecine et à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, et Chargé (de Saint-Raphaël).

En Angleterre : M. le Dr Edwin (de Londres).

En Egypte : M. le docteur Fauzi-bey, professeur de médecine opératoire à l'Ecole de médecine du Caire.

OUVRAGES REÇUS AUX BUREAUX DU JOURNAL

SIGALAS. — **Recherches expérimentales de calorimétrie animale (Mesure de la radiation calorique et des combustions respiratoires).** — Broch. in-8° de 75 p. Prix : 3 fr. (Paris, 1890. O. Doin.)

VILLARD. — **Leçons cliniques sur la grippe.** — 1 vol. in-8°. (Paris, 1890. G. Masson.)

BERGER. — **La chirurgie du sinus sphénoïdal.** — Broch. in-8° de 80 p. Prix : 2 fr. 50. (Paris, 1890. O. Doin.)

VAN LAIR. — **Manuel de pathologie interne, à l'usage des étudiants et des praticiens.** — 1 vol. gr. in-8° de 1,050 p. Prix : 20 fr. (O. Doin, 1890.)

MARBEAU. — **Dictionnaire de Médecine à l'usage des assurances sur la vie.** — 1 vol. in-12 de 450 p. Prix : 7 fr. (Paris, 1890. O. Doin.)

DUPONCHEL. — **Traité de Médecine légale militaire.** — **Conseil de revision et opérations médicales du recrutement.** — **Mode de répartition des militaires malades** (visites régimentaires, etc.) — **Réformes et retraites.** — **Rédaction des certificats et rapports.** — **Maladies simulées et maladies méconnues.** — **Responsabilité.** — **Déontologie des médecins de l'armée, etc.** — 1 vol. in-12 cartonné de 700 p., avec fig. Prix : 8 fr. (Paris, 1890. O. Doin.)

HAMMOND. — **L'impuissance sexuelle chez l'homme et la femme.** — 1 vol. in-18°. Prix : 3 fr. 50. (Paris, 1890. Lecrosnier et Babé.)

— **Encyclopédie d'Hygiène et de Médecine publique**, directeur : Jules Rochard. Livre II, fascic. IX. Boissons par M. Riche. — 1 vol. in-8°. Prix : 3 fr. 50. (Lecrosnier et Babé. Paris, 1890.)

Le Directeur-gérant : HENRI HUCHARD.

Digitized by Google

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 27, RUE SAINT-BENOÎT.

QUATRIÈME ANNÉE N° 34 20 AOUT 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

COMITÉ DE RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

CLINIQUE MÉDICALE

De la syphilis du cœur (1)

par M. le Professeur J.-A. ZAKHARINE (de Moscou)

L'anatomie pathologique de la myocardite syphilitique est connue depuis longtemps déjà ; on connaît aussi les lésions syphilitiques de l'endocarde et du péricarde, mais on ignore celles des vaisseaux et des nerfs du cœur que, dans certains cas, l'observation clinique fait supposer de préférence à des altérations des autres tissus. Les traités de pathologie interne ne donnent pas à la syphilis du cœur l'attention nécessaire.

Parmi les causes des cardiopathies, on y mentionne bien la syphilis ; on y parle de la myocardite gommeuse ; mais, par contre, on n'y dit pas un mot de la séméiologie de la syphilis du cœur, de sorte que la lecture des traités de pathologie interne laisse cette impression que la syphilis du cœur est une trouvaille d'autopsie et appartient plutôt au domaine de l'anatomie qu'à celui de la clinique. On y chercherait donc en vain la réponse aux questions suivantes : sous quelle forme clinique la syphilis du cœur se présente-t-elle ? Comment doit-on la traiter ?

Le nombre des cas de la syphilis du cœur que j'ai observés, s'élève à dix.

Obs. I. — Le malade, âgé de 40 ans environ, est syphilitique, mais non alcoolique. Il souffre de dyspnée, de palpitations, et, de temps en temps, de troubles circulatoires (œdème des jambes et hypérémie du foie), contre lesquels la digitale agit peu. Le ventricule gauche est augmenté de volume, les bruits du cœur sont normaux, pas de symptômes de dégénérescence athéromateuse des artères. Reins intacts.

Le traitement par l'iodure de sodium, de 0,60 à 6 grammes par jour, pendant six semaines, fit disparaître tous les symptômes morbides. Pendant trois ou quatre ans, le malade resta en observation et n'eut plus que de rares accès de dyspnée et de palpitations qui cédaient rapidement à la digitale. Plus d'œdème. Le ventricule gauche a diminué de volume, le pouls est moins fréquent, plus régulier et plus fort.

Le traitement par l'iodure de sodium a été répété deux fois.

Obs. II. — Ce cas est, en tout, semblable au précédent ; le malade souffrait d'asthme cardiaque, allant jusqu'à l'œdème pulmonaire et résistant à la digitale et aux autres remèdes. Après un traitement énergique à l'iodure de sodium, les accès disparurent. Plus tard, ils se renouvelèrent, mais cédèrent rapidement à la digitale.

Obs. III. — Un malade, âgé de 55 ans, syphilitique et alcoolique rhumatisant, souffre depuis une année d'accès d'angine de poitrine, contre lesquels il a pris un grand nombre de remèdes. Avec la nitroglycérine, le soulagement était insignifiant. Le malade a les artères dures et présente des symptômes évidents d'insuffisance des valvules aortiques, pas de dyspnée, pas de palpitations, point d'œdème. Le traitement par l'iodure de potassium le soulagea considérablement, et l'emploi ultérieur des frictions mercurielles fit complètement disparaître les accès d'angine de poitrine ; les symptômes objectifs de l'insuffisance des valvules aortiques et de l'artérite chronique sont restés sans changement.

Obs. IV. — Semblable à la précédente. Il s'agit d'accès d'angine de poitrine qui cédèrent au traitement spécifique.

Ces cas de syphilis du cœur doivent être considérés comme exceptionnels. Habituellement, en effet, la syphilis du cœur est caractérisée par une grande complexité de symptômes se rapportant à l'alcoolisme ou à la goutte, à l'artérite chronique, à des troubles gastro-intestinaux et à des lésions syphilitiques d'autres organes. Les symptômes cardiaques, excessivement variés, tels : la dyspnée continue avec palpitation et sensation d'oppression, les accès d'asthme cardiaque et d'angine de poitrine, des œdèmes et des épanchements cavitaires. Le cœur est ordinairement augmenté de volume (hypertrophie du ventricule gauche), le pouls est faible, fréquent et arythmique ; on entend souvent un souffle systolique.

Ordinairement, les antécédents du malade révèlent une ancienne infection syphilitique ou la rendent probable. Enfin, dans ces cas, le traitement non spécifique ne donne point d'amélioration sérieuse, mais le traitement spécifique, iodure de sodium ou frictions mercurielles, est efficace et fait disparaître les symptômes morbides. Il ne reste plus que des signes objectifs d'une augmentation de volume du cœur et parfois un léger souffle systolique au sternum.

Voici un cas typique de syphilis au cœur ; je l'ai observé, dans ma clinique, au printemps 1889 :

Obs. V. — Le malade âgé de 34 ans est entré le 7 mars 1889 dans un état extrêmement grave, se plaignant de faiblesse excessive de dypsnée et d'anasarque. Il est alcoolique et depuis deux années syphilitique. Il y a huit mois, — sans motif — la nuit il eut un accès d'angine de poitrine. A partir de cette époque, il eut des douleurs nocturnes dans les jambes et les tibias. Un second accès d'angine de poitrine, tout semblable au premier, se produisit dans la nuit du 1er février 1889, il ne fut pas violent non plus, mais dura toute la nuit (8 heures).

Le malade renonça à l'eau-de-vie, perdit l'appétit, maigrit et devint faible. Depuis trois semaines, la dyspnée est plus forte et les jambes commencent à enfler. Son appétit est diminué, son urine abondante sans albumine, ni sucre, et son foie agrandi. Il y a des symptômes d'épanchement liquide dans la cavité abdominale, de l'œdème des jambes, des bras, en général de tout le tissu sous-cutané. Le malade se plaint de palpitations. Le choc du cœur se fait sentir sur la ligne mammelonaire gauche ; à la partie inférieure du sternum, matité à la percussion, et, à l'auscultation souffle systolique. Pouls faible et arythmique. Dyspnée excessive : le malade ne peut rester couché, il demeure assis. Pas de toux. Rien d'anormal dans les organes de la respiration.

Quel était l'état du système nerveux ? Le malade ne pouvait ni marcher, ni même se tenir debout. Absence des reflexes

(1) Extrait des leçons cliniques de l'auteur.

Digitized by Google

tendineux et les membres inférieurs. (Sensibilité intacte). Cette particularité de l'affaiblissement de la mémoire et l'infection syphilitique de l'organisme firent penser à une affection syphilique du système nerveux. Le traitement spécifique fut donc prescrit avec persévérance, en augmentant toujours la quantité d'iodure de sodium, de 3,75 par jour à 5,0 — 6,0 — 7,5. L'état du malade s'améliora, le volume du foie diminua considérablement, les symptômes d'ascite disparurent. Il y eut réduction des dimensions du cœur, mais persistance d'un faible souffle systolique.

Dans ce cas, il y avait localisation de la syphilis sur le cœur et le système nerveux. On en a la preuve dans l'amélioration rapide des symptômes sous l'influence du traitement ioduré. En ce qui concerne le diagnostic de l'état du cœur dans ces divers cas, on doit penser que la cordiopathie du premier était dû à une myocardite syphilitique, que celles des 2e, 3e et 4e étaient des lésions syphilitiques des nerfs cardiaques, et le dernier, ainsi que ceux pour lesquels il sert de type, était le résultat d'une lésion syphilitique simultanée des muscles et des nerfs de cet organe.

Je n'ai jamais observé de cas de syphilis du cœur, avec signes objectifs manifestes de lésion valvulaires et orificielles. Comme on le voit, le diagnostic de la syphilis cardiaque a pour base les antécédents et l'existence de localisation spécifique dans les organes. Pour ce qui concerne les antécédents, le diagnostic repose sur un interrogatoire détaillé du passé et l'analyse des symptômes que le malade prend pour syphilitiques, chute des cheveux, éruptions, douleurs nocturnes, etc., un traitement ioduré ou mercuriel antérieur. Le traitement spécifique de la syphilis cardiaque est le même que celui des autres lésions syphilitiques tardives. Quand le traitement mercuriel a été suffisant, les préparations iodurées agissent bien et améliorent l'état du malade. Dans le cas contraire, il est nécessaire de combiner le mercure avec les préparations d'iode. Quant à la thérapie cardiaque, en général, inutile d'y insister.

Je parlerai cependant de deux moyens thérapeutiques dont elle dispose : le régime lacté, les vésicatoires sur la région précordiale.

Le régime lacté n'agit pas sur les maladies du cœur même, mais sur leurs complications, hydropisie, les troubles abdominaux, dyspepsie, constipation, météorisme gastro-intestinal, obésité dans l'hydropisie, qui est la conséquence des maladies du cœur, et lorsqu'il est nécessaire d'agir par les reins, le lait est un excellent diurétique. Lorsqu'il faut agir sur le cœur, il faut prescrire la digitale et les remèdes analogues. Il est vrai aussi que les complications abdominales des maladies du cœur sont très fréquentes et causent de la dyspnée, de l'asthme cardiaque, de l'angine de poitrine et des troubles circulatoires; le lait fait disparaître ces complications. Toutefois, le traitement n'a pas d'action sur le cœur lui-même. Il n'est qu'un seul cas où il peut exercer une action directe sur le cœur, c'est quand cet organe est recouvert d'un dépôt graisseux : on peut supposer qu'avec l'amaigrissement dû au régime lacté, la surcharge graisseuse du cœur diminue.

Je passe aux vésicatoires. Il y a huit ans, dans une communication à la Société Physico-Médicale de Moscou (février 1882), j'ai indiqué l'utilité des vésicatoires dans les névrites périphériques. Depuis cette époque, j'ai eu souvent l'occasion d'observer un soulagement considérable et persistant après leur application sur la région précordiale, au delà, en dedans, et aussi au-dessus et au-dessous du mamelon gauche, dans l'angine de poitrine. Chez les malades sur le retour, pour la plupart goutteux, parfois avec des symptômes d'arthrite chronique, les accès mêmes d'angine de poitrine étaient ordinairement provoqués par le refroidissement. A l'examen de la région précordiale, on découvrait ordinairement de la douleur à la pression sur les côtes (périostites costales) et sur les espaces intercostaux (névrites intercostales). Souvent aussi les autres parties de la cage thoracique, surtout sa moitié gauche, présentaient les mêmes symptômes. Ces accès d'angine de poitrine sont tout à fait caractéristiques, avec irradiation de la douleur dans le bras gauche parfois jusqu'aux doigts. C'est alors qu'outre les vésicatoires, je conseille ordinairement à ces malades de porter sur la poitrine un léger plastron en laine ou en soie pour les protéger contre le refroidissement. Eh bien, dans les affections syphilitiques au cœur avec accès d'angine de poitrine, les vésicatoires sur la région précordiale ne produisent qu'un soulagement insignifiant. On ne doit donc pas les recommander.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I. *Les micro-organismes du canal génital de la femme.* — II. *Etude bactériologique des lochies.* — III. *De l'infection puerpérale.* — IV. *Passage par le lait de microbes pathogènes, de la mère à l'enfant.*

I. Les micro-organismes du canal génital de la femme. — Certains auteurs, et entre autres Fraænkel, Küstner, Lomer, etc., ont pensé qu'il existait des microbes dans toute l'étendue de l'appareil génital de la femme. Aujourd'hui, on admet, avec Winter (1), que les choses se passent un peu différemment : chez une femme saine, on ne rencontre pas trace de microbes dans les trompes de Fallope. La cavité utérine elle-même, à la condition qu'elle est indemne de toute maladie, est également exempte de micro-organismes. D'habitude, l'orifice interne du col est fermé ; il constitue une ligne de séparation très nette entre l'utérus et les trompes d'une part, et le col et le vagin d'autre part. En effet, le col utérin contient des germes nombreux. Il en est de même des parois vaginales. On y a même rencontré des microbes pathogènes, tels que des streptocoques et des staphylocoques. Il est bien certain que ces germes ont été apportés du dehors. S'ils sont restés dans les voies génitales sans déterminer d'accidents, c'est parce qu'ils n'ont pas rencontré de solution de continuité dans les muqueuses pour pouvoir être absorbés ; c'est aussi parce qu'ils ont perdu presque entièrement leur virulence, leurs qualités nocives. Ainsi, on peut quelquefois trouver des germes pathogènes dans le vagin ou dans le

(1) Winter. *Zeitschrift für Geb.* 1888, t. XIV, p. 443.

Digitized by Google

col d'une femme saine, mais ces germes sont devenus inoffensifs par atténuation. Cette innocuité passagère cessera d'exister, si un nouvel élément de virulence est apporté du dehors.

Ainsi, dans les voies génitales de la femme saine, pas de microbes nuisibles. Il n'en existe aucun au-dessus de l'orifice interne du col ; au-dessous, il y en a de fort nombreux ; mais ils ne sont pas dangereux soit par nature, soit par atténuation. Du reste, ceux que l'on pourrait redouter, streptocoques et staphylocoques, se rencontrent rarement dans le vagin, et cette rareté s'unit à la disparition presque complète de leur nocivité pour écarter le danger.

Néanmoins, un contact impur, un toucher septique, par exemple, peut réveiller la virulence du microbe endormi et donner naissance à des accidents. C'est la démonstration que l'antisepsie est toujours nécessaire, et aussi que, lorsqu'elle est fidèlement observée, on peut avoir la sécurité la plus complète.

II. **Etude bactériologique des lochies.** — Que se passe-t-il au point de vue microbien dans un accouchement normal ? Dœderlein (1), puis MM. Strauss et Sanchez Toledo ont étudié les lochies à cet égard, et ont constaté qu'elles ne contenaient aucun germe, à condition qu'on soit allé les prendre dans la cavité utérine elle-même. Si, en effet, le liquide lochial n'est examiné qu'après un passage à travers le vagin, il a pu y rencontrer des bactéries diverses dont la présence serait une cause d'erreur. Chez la femme qui vient d'accoucher normalement, la cavité utérine est donc parfaitement aseptique. Le vagin est moins pur ; mais le col utérin se referme vite et, d'ailleurs, nous savons que l'on n'a rien à craindre, à la condition de ne pas apporter l'infection du dehors.

Tout ceci prouve une fois de plus que les suites de couches doivent être normales, apyrétiques, si le milieu génital n'a pas été ensemencé, ou inoculé par des causes étrangères. Le doigt de l'accoucheur, les instruments, les canules, les pièces de pansement sont trop souvent des agents d'infection. Aussi faut-il les surveiller avec le plus grand soin, et se convaincre que si une accouchée a de la fièvre, c'est toujours la faute de l'accoucheur ou de la garde; à moins, bien entendu, qu'il ne soit survenu une maladie accidentelle, angine, pneumonie, etc., etc.

III. **De l'infection puerpérale.** — On a cru longtemps que la septicémie puerpérale était une maladie toute spéciale. Après de nombreuses et longues discussions, on est arrivé à savoir qu'elle ne constituait pas une entité distincte, et qu'elle appartenait au même groupe que les septicémies chirurgicales. La femme accouchée a été justement comparée à un blessé, et la surface d'insertion placentaire à une plaie quelconque. Et Siredey a pu nettement affirmer que « la fièvre puerpérale n'existe pas ».

Quelle est la nature intime de cette septicémie ? Et si elle est comparable aux complications infectieuses d'ordre chirurgical, quelle est l'essence de ces complications ? Il existe à ce propos deux sortes de microbes particulièrement actifs : ce sont les streptocoques et les staphylocoques. On rencontre les uns et les autres dans l'infection purulente ; on les trouve aussi dans les maladies des femmes en couches, mais avec une prédominance marquée en faveur du streptocoque. C'est lui, en effet, qui dans l'immense majorité des cas produit les lymphangites utérines, les péritonites suppurées, les abcès multiples et éloignés de la sphère génitale, les plaques diphtéroïdes qui se développent sur la vulve, le vagin et la surface interne de l'utérus. C'est encore lui qui est la cause première des érysipèles ombilicaux du nouveau-né.

Des recherches fort intéressantes ont montré que le streptocoque de la septicémie puerpérale est le même microbe que celui de l'érysipèle.

En 1885, Passet avait établi la même analogie entre l'érysipèle et l'infection purulente chirurgicale. Puis la question a été placée sur le terrain obstétrical.

En 1886 87, Gusserow (1) relate une épidémie d'infection puerpérale due à une sage-femme dont la fille et la servante étaient atteintes d'angines graves à streptocoques, soignant à la fois ces malades et les accouchées de son service, elle portait l'infection des unes aux autres.

Pfannenstiel cite des faits du même genre. — En 1887, Clivio et Monti, au Congrès des médecins italiens, montrent que l'agent pathogène de la péritonite puerpérale n'est pas un microbe spécial : il est tout à fait analogue au microbe de Felheisen pour l'érysipèle, et à à celui de Rosenbach pour la suppuration. Clivio et Monti appuient leur opinion sur des expérimentations.

Hartmann, en 1886, puis en 1888 (2) fait aussi des expériences sur les animaux, en même temps que des recherches cliniques. Il parle de septicémie puerpérale, marquée par des abcès multiples ou par des thromboses veineuses, toutes lésions imputables à un microbes identique à celui de l'érysipèle.

Czerniewski, en 1888 (3), arrive aux mêmes conclusions.

Enfin, M. Widal, en 1888, puis dans son excellente thèse de 1889, établit l'unité des accidents puerpéraux au point de vue de leur nature microbienne ; que ce soit l'infection purulente, de la péritonite, de la phlegmatia alba dolens, c'est toujours le streptocoque qui est le coupable.

(1) Dœderlein. *Cent. f. g.* 1888.

(1) Gusserow. *Charite annalen*, p. 704.
(2) Harmann. *Cent. f. Gyn.* 1888, p. 189.
(3) Czerniewski. *Arch. f. Gyn.* 1888, p. 72.

Digitized by Google

Cependant, il n'est pas le seul. Nous avons déjà parlé du staphylocoque ; mais à la vérité, celui-ci se rencontre rarement chez les femmes en couches. En revanche, il existe une autre forme de septicémie puerpérale qui diffère de la précédente par les lésions qu'elle occasionne, par sa marche et par son étiologie. Très fréquente, elle était connue depuis longtemps au point de vue clinique. Sa pathogénie est faite depuis peu.

En 1888, Cullingworth (1) montre qu'il y a une distinction à faire entre la septicémie avec suppuration ou infection générale rapide, et l'*infection putride* due à la rétention de débris placentaires. Les agents pathogènes diffèrent dans les deux cas.

Dans une récente leçon clinique, M. le professeur Tarnier racontait l'histoire d'une femme morte après deux ou trois semaines de maladie, empoisonnée par des débris placentaires putréfiés et retenus dans la cavité utérine. L'examen bactériologique, pratiqué par M. Vignal, montra qu'il existait dans le sang une grande quantité de vibrions septiques (bactérie sceptique de Pasteur).

Pareils accidents se rencontrent chaque fois qu'il existe de la putréfaction intra-utérine. La rétention partielle du placenta ou des membranes après l'accouchement à terme, et surtout la rétention du délivre après l'avortement, sont fréquemment observés et peuvent devenir la source de complications d'ordre infectieux.

La maladie est en général caractérisée par des symptômes typhoïdes, et il n'y a aucune tendance à la suppuration. Si après un avortement du début de la grossesse, ce genre d'infection survient, on aura parfois lieu d'hésiter dans le diagnostic et de penser à une dothienenterie. L'examen de l'utérus et l'absence de taches rosées lèveront tous les doutes.

Ainsi deux sortes d'infection principale ; l'une souvent accompagnée d'abcès et produite par le streptocoque, l'autre sans tendance suppurative et due au vibrion sceptique.

Il arrive quelquefois que ces deux formes se combinent.

Les catégories qui précèdent offrent un grand intérêt pratique. M. Tarnier, s'appuyant sur les expériences de M. Vignal et sur la clinique, montre que le streptocoque est combattu efficacement par le sublimé, tandis que le meilleur désinfectant à employer contre le vibrion septique, est l'acide phénique. C'est une analogie de plus entre les maladies puerpérales et les infections chirurgicales. En effet, très fréquemment on emploie le sublimé corrosif dans le traitement des suppurations diverses, de préférence à l'acide phénique, qui est réservé dans certains services hospitaliers aux cas opératoires où la réunion doit s'effectuer par première intention.

IV. **Passage par le lait de microbes pathogènes de la mère à l'enfant.** — Karlinski (1) rapporte le cas d'une accouchée qui prend un érysipèle de la face, et dont le nourrisson meurt bientôt avec tous les signes d'une infection généralisée. A l'autopsie, on ne trouve rien d'anormal du côté de l'ombilic ou de ses vaisseaux ; en revanche, il existait une pneumonie lobulaire et une double parotidite. Dans le sang se trouvaient un grand nombre de microbes identiques à ceux de l'érysipèle ; de plus, des germes du même ordre existaient dans le sein de la mère, qui pourtant ne présentait ni crevasse ni rhagades sur le mamelon. Pareilles constatations furent faites sur le lait d'une autre accouchée morte de septicémie et n'ayant pas eu mal au sein.

Dr Demelin.

(1) *British med. Journal*, II, 743, 747.

(1) *Wien. Med. Wochen.* 1888, p. 956.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

MÉDECINE

Technique opératoire de l'amputation du pénis, par M. le Dr Carpentier. Dans ce travail, notre distingué confrère lillois expose les détails du procédé opératoire employé dans un cas d'epithelioma de l'extrémité antérieure de la verge (*Bulletin méd. du Nord*, 25 juillet 1890).

Après avoir enveloppé, avec un linge aseptique, la portion du pénis qui doit être enlevée, on la saisit avec la main gauche en tirant légèrement la peau vers le gland, tandis qu'un aide, saisissant la verge près de sa racine en la comprimant suffisamment pour produire l'hémostase, attire aussi la peau contre le pubis.

1er temps. — L'incision de la peau est faite sur le dos de la verge, demi-circulaire et perpendiculaire à l'axe de l'organe, sur les côtés et sur la face inférieure, l'incision, au lieu de se rejoindre par le plus court chemin de manière à constituer une circonférence, est dirigée en arrière en s'arrondissant et se rencontre à angle aigu à environ 2 centimètres en arrière de la section dorsale.

2e temps. — La peau incisée, et sur le même niveau, les corps caverneux sont coupés à petits coups ; on dégage l'urèthre vers le gland dans une petite étendue, et on termine l'opération en le sectionnant à son tour à 1 centimètre environ en avant des corps caverneux.

3e temps. — Hémostase rapide. Suture avec le crin de Florence ; la peau des lèvres du nouveau méat, qui se présente alors sous forme d'un orifice largement béant.

Une sonde à demeure dans l'urèthre. Pansement antiseptique.

S. R.

Traitement des abcès froids et prophylaxie de l'intoxication iodoformée, par M. le médecin-major Barrois. En analysant divers cas d'abcès froids traités par la médication iodoformée, ce confrère distingué a pu formuler les conclusions suivantes fort importantes au point de vue pratique (*Archives de méd. militaire* : août 1890, p. 81).

Il faut n'employer qu'à petite dose l'iodoforme, en injection dans les cavités closes, chez les cardiaques, les polyuriques, les urinaires et même les névropathes. On contrôlera quotidiennement le pouls, la température et, par l'analyse des urines, le mode d'élimination de l'iode.

Dès les premiers accidents, on suspendra l'usage des pansements à l'iodoforme, que l'on remplacera par un pansement alcalin ; on administrera, à l'intérieur, des alcalins, l'eau de

Digitized by Google

Vichy ou le bromure de potassium. Dans les cas graves on peut, à l'exemple de Kocher, pratiquer l'injection intraveineuse d'eau salée.

Enfin, autre remarque, M. Barrois a relevé, dans une série de trente-quatre cas mortels, treize opérations pratiquées sur la région costo-mammaire. Cette zône chirurgicale est donc redoutable pour l'emploi des pansements iodoformés. S. R.

LARYNGOLOGIE

Du traitement de la laryngite tuberculeuse à forme sclérouse et végétante, par MM. Gouguenheim et J. Glover. L'intervention est indiquée après les phénomènes principaux : la dyspnée, l'apnée, la dysphagie et l'aphonie, qui ont pour cause la présence d'une masse de tissus morbides placés entre les lèvres de la glotte et empêchant leur mouvement (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*; août 1890, n° 8).

Le traitement chirurgical consiste : 1° dans des pansements antiseptiques préparatoires; 2° dans l'opération; 3° dans les bons consécutifs à l'opération.

Les pansements antiseptiques sont pratiqués avec la seringue de Béihag et le menthol créosoté que l'on prépare ainsi :

1° Huile d'amande douce	100 grammes
Menthol	10 grammes
2° Huile d'amande douce	100 grammes
Créosote	10 grammes.

Mélanger les deux solutions ; la seringue contient deux centimètres cubes.

On projette le liquide à la région sus-glottique en évitant de franchir la fente glottique. Ces pansements sont répétés sept ou huit fois avant l'opération.

L'*operation* se fait pendant l'anesthésie cocainique à l'aide de la pince coupante ou de l'emporte-pièce de Gouguenheim : la première si les végétations sont pédiculées, la seconde quand elles sont sessiles.

Les soins consécutifs sont le pansement à la poudre d'iodoforme, deux fois le premier jour, et les pansements avec le menthol; silence absolu, — glace à sucer, boissons glacées. Les auteurs justifient l'efficacité de ce traitement par quatre intéressantes observations. S. R.

Du traitement local de la tuberculose laryngée, par M. Bronner. — Il existe deux catégories de cas de tuberculose laryngée : 1° les tuberculoses des périodes tardives de la phtisie; 2° les tuberculoses avec infiltration, ulcération et périchondrite.

Dans la première forme, l'auteur emploie les inhalations chaudes à l'eucalyptus, les attouchements avec la solution de nitrate d'argent à 5 ou 10 0/0 ou bien, s'il y a du catarrhe, avec la solution de chlorure de zinc. (*Provin. med. Journal*, juin 1890, p. 339.)

Contre l'infiltration, il fait usage des scarifications : contre les ulcérations, des attouchements avec la solution d'acide lactique à 20, 80 et même 90 0/0, après anesthésie cocainique. Il n'attribue pas au menthol une action thérapeutique plus utile et fait suivre l'emploi de l'acide lactique par des pulvérisations iodoformées. Enfin, comme moyen extrême, quand le parenchyme pulmonaire est sain et qu'il existe de larges ulcérations, M. Bronner recommande la trachéotomie. S. R.

MALADIES DES ENFANTS

De l'arthrite aiguë des enfants, par M. le Dr Townsend. — Cette arthrite s'observe surtout pendant la première année. Elle est d'origine pyohémique comme l'ostéomyélite et causée par les stréphylicoques albus ou améus. Parfois, elle succède à une fièvre éruptive ou à un traumatisme (*American Journal of the med. Sciences*, juin 1890.)

Sa mortalité est de 55 0/0, et son siège habituel, le genou, le poignet ou l'épaule. Les complications les plus fréquentes consistent dans la destruction des surfaces articulaires, la luxation pathologique et l'ankylose. Enfin, comme indication thérapeutique, M. Townsend insiste sur l'intervention chirurgicale, arthrotomie, drainage et antisepsie. S. R.

Du traitement opératoire de l'empyème chez l'enfant, par M. Tochernaw. — L'auteur conseille l'incision large, simple ou combinée avec la résection costale. Il considère les méthodes de Bulau et Goyder comme peu pratiques chez l'enfant. (*Jahr. f. Kinderheilk.*, *Bd.* 31, *Heft* 1.)

Il opère ainsi : résection de la sixième ou septième côte dans la ligne axillaire sur une étendue de 2 à 3 centimètres ; dissection du périoste et enlèvement du fragment osseux. Ouverture de la plèvre horizontalement ; évacuation lente du pus; irrigation avec l'eau boriquée à 3 ou 4 0/0.

Les fausses membranes sont détachées et enlevées; un drain est introduit. Suture de la cavité. Pansement antiseptique. Le lendemain on le renouvelle sans enlever les feuillets de gaze iodoformée en contact avec la plaie. Le sixième jour, on le renouvelle entièrement, on lève les points de suture et on ne pratique l'irrigation pleurale qu'autant qu'elle est indispensable S. R.

THÉRAPEUTIQUE

De l'action cardio-vasculaire du catalpa speciosa, par M. Schneck. — Ce végétal, de la famille des Bignoniacées, possède en Amérique la réputation d'une plante médicinale. Dans le but de vérifier ses propriétés, l'auteur a fait des expériences au moyen de sa teinture. (*Medical News*, 7 juin 1890.)

A la dose de 3 à 4 grammes, cette teinture ralentit les battements du cœur et produit de l'irrégularité du pouls. Elle provoque sur le tube digestif des effets cathartiques et possède une action sialagogue. Mais, à doses plus élevées, il cause des nausées et serait probablement émétique. L'auteur conseille de l'employer comme antithermique et comme expectorant.

Ajoutons que cette plante doit être essayée avec prudence, car elle passe pour être toxique. S. R.

Du traitement de la variole par le soufre, par M. le Dr G. Iscar (de Valladolid). — Notre confrère espagnol a employé cette médication sur de jeunes enfants de son service de l'hôpital de Valladolid et en a obtenu de bons effets qu'il attribue à l'élimination du soufre par la peau et les muqueuses, surfaces sur lesquelles la maladie se localise. (*El Siglo medico*, juin 1890.)

Il a prescrit le soufre en cachets par prises plus ou moins souvent répétées suivant la gravité de la maladie et formulées ainsi :

Soufre sublimé et lavé	1 gramme
Glycérine pure	60 centigrammes

M. pour un cachet.

Aux enfants, il ordonne la potion suivante à raison d'une cuillerée à café, d'heure en heure. Pour les adultes, la dose est élevée à une grande cuillerée.

Soufre sublimé et lavé	10 grammes
Glycérine pure . . . . . } aa	60 grammes
Eau distillée de fleurs d'oranger. }	
Sirop simple.	30 grammes

Enfin, dans les cas les plus graves, il modifie ainsi cette formule :

Soufre sublimé et lavé.	60 grammes
Glycérine pure	150 —
Eau de fleurs d'oranger	50 —
Sirop simple	60 —

Dose : une grande cuillerée toutes les heures pour les adultes, et toutes les deux heures pour les enfants.

S. R.

Digitized by Google

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de la dyspnée cardiaque

La dyspnée cardiaque permanente exige un traitement; la dyspnée intermittente ou paroxysmale, véritable détresse respiratoire qui ressemble à s'y méprendre à l'accès d'asthme nervo-pulmonaire, en réclame encore un : celui-ci diffère de celui-là, nous les exposerons séparément.

A. — *Traitement de la dyspnée cardiaque permanente.* — Pour bien traiter la dyspnée cardiaque continue, il importe d'abord de se faire une juste idée de la cardiopathie sous laquelle elle s'abrite; ce qui est parfois difficile, puisque les affections du cœur — ce ne sont pas celles où la dyspnée est la moins commune — peuvent être larvées, ne se révélant pas à nous par des signes orificiels. Mais je suppose établi le diagnostic causal de cette dyspnée; il ne rentrera que dans une des quatre catégories suivantes :

I. — Insuffisance ou rétrécissement de l'orifice mitral chez une personne dont les contractions du cœur commencent à faiblir ou sont déjà asystoliques :

II. — Dilatation du cœur ;

III. — Très rarement lésions aortiques ou artérioscléreuses bien ou exagérément compensées ;

IV. — Plus souvent lésions aortiques ou artérioscléreuses à la période d'asystolie.

Disons-le sans plus tarder, la dyspnée continue des catégories I, II et IV se traitera de la même manière ; celle de la catégorie III mérite un traitement spécial.

a) Qu'arrive-t-il quand il y a insuffisance ou rétrécissement de l'orifice mitral? Il arrive que les veines et les capillaires pulmonaires sont distendus par le sang qui reflue dans l'oreillette gauche à chaque systole ventriculaire ou qui n'en sort qu'incomplètement pendant sa contraction : distendus, dilatés à la surface des parois vésiculaires, ces capillaires rétrécissent le champ alvéolaire de l'hématose qu'ils encombrent aussi quelquefois d'exsudats, et — pour peu surtout que le cœur faiblisse (hyposystolie, asystolie) — les échanges étant considérablement restreints entre les gaz du sang et l'oxygène atmosphérique, l'acide carbonique s'accumule dans l'économie, comme le démontre la cyanose, et le besoin d'air, d'où la dyspnée, est incessant. Les choses ne se passent pas autrement lorsque le cœur est dilaté ou qu'il fléchit après une longue lutte contre des lésions aortiques ou coronaires qui endommageaient sa nutrition intime.

Dans ces circonstances, la dyspnée continue résulte de l'augmentation permanente de la tension dans l'artère pulmonaire; et, de fait, l'auscultation nous apprend que le bruit diastolique à gauche du sternum est très marqué.

On s'adresse, pour diminuer cette tension de l'artère pulmonaire, à un médicament qui partage avec la digitale la propriété de remonter la pression artérielle abaissée et, conséquemment, d'abaisser la tension veineuse exagérée, et aussi, sédativo-réflexe puissant, de calmer l'irritabilité bulbaire qui se traduit par la soif d'air, — j'ai nommé le bromure de potassium; donné à la dose quotidienne de 2 à 6 grammes pendant une quinzaine de jours, cet excellent tonique artériel eupnéique permet presque tout de suite, au bout de quarante-huit heures, aux malades qui ne pouvaient quitter leur fauteuil, de dormir couchés au lit. Nous suspendons volontiers le bromure après cinq ou six jours, pour le remplacer soit par la teinture de lobélie enflée (1 à 4 grammes), soit par l'extrait fluide de grindelia robusta (2 à 10 grammes) qui paraissent joindre à leur action sédativo-réflexe sur le centre respiratoire une action sthénique sur le cœur. Mettant à profit le privilège qu'aurait — sans préjudice de son influence bulbaire, si minime fût-elle — le quebracho blanco d'artérialiser le sang (le sang mélangé à une décoction de quebracho s'oxygénerait mieux lorsqu'on l'agite au contact de l'air), je prescris aussi dans la journée 0 gr. 05 à 0 gr. 10 de sulfate ou de chlorhydrate d'aspidospermine. Malgré bien des affirmations contraires, les iodures sont absolument contre-indiqués, sans doute en raison de leurs effets artério-dépresseurs, dans la dyspnée continue qui est sous la dépendance de ces trois causes, et ils n'ont pu être de quelque utilité que lorsqu'on a administré concurremment des artério-tenseurs, digitale ou spartéine.

b) La dyspnée cardiaque continue de la catégorie III, celle qui accompagne très rarement, je le répète, les lésions aortiques ou artérioscléreuses exactement ou exagérément compensées, exige, ai-je dit, un traitement spécial. Cent fois l'expérience nous a prouvé que les bromures, que la lobélie, la grindelia, le quebracho ne débarrassent pas le malade de ce « poids sur la poitrine », de cette « certaine difficulté de respirer » qu'il accuse ; seuls les iodures alcalins, la trinitrine, le nitrite d'éthyle modifient avantageusement ces symptômes, à la condition que le mal soit de fraîche date, ce qui est l'exception puisque les lésions récentes n'éveillent pas la plupart du temps la soif d'air permanente. L'euphorbia pilulifera, en pilules d'extrait aqueux à 0 gr. 05 (deux par jour) plutôt qu'en teinture (celle-ci, à la dose de 10 à 15 gouttes matin et soir dans un grand verre d'eau, étant irritante) nous a paru en cette circonstance amender quelque peu la situation, ou parce qu'elle anesthésie le pneumogastrique irrité, ou parce qu'elle calme l'irritabilité bulbaire. Et, comme l'euphorbia n'impressionne ni le cœur ni les vaisseaux, nous la préférons ici à la lobélie et à la grindelia.

B. — *Traitement de la dyspnée cardiaque intermittente ou paroxysmale.* — Le cardiaque dyspnéique d'une façon continue est pris par intermittences d'accès d'orthopnée avec inspiration longue, pénible, sifflante et expiration courte, ressemblant singulièrement aux paroxysmes d'asthme (pseudo-asthme cardiaque).

Le pseudo-asthme cardiaque comporte un traitement différent :

I. — Suivant qu'il est symptomatique de lésions mitrales ou aortiques, ou d'une dilatation du cœur, arrivées à l'époque de l'hyposystolie ou de l'asystolie confirmée ;

Digitized by Google

II. — Ou qu'il se manifeste au cours de lésions aortiques ou artério-scléreuses exactement ou exagérément compensées;

III. — Ou qu'il se présente au cours de la dégénérescence graisseuse du cœur.

a) Le décubitus dorsal, le refoulement du diaphragme par la distension de l'estomac pendant la digestion sont susceptibles de provoquer l'accès de pseudo-asthme cardiaque chez les malades de la catégorie I; mais cette dyspnée paroxysmale, due à la brusque aggravation de la stase sanguine dans les poumons, ne mérite pas toujours, tant elle est légère, d'être traitée. Pour peu qu'elle soit intense, les dérivatifs (sinapismes sur la poitrine ou sur les membres), une saignée de 150, 200, 250 grammes y mettent rapidement fin.

b) Nocturne ou diurne, spontané ou consécutif à un effort, à la marche, à une émotion, le pseudo-asthme avec sensation de poids épigastrique ou de barre rétrosternale chez les patients de la catégorie II, témoigne de l'hyperexcitabilité du centre nerveux respiratoire mise en jeu par l'irritation du pneumogastrique au niveau de l'aorte malade, ou par la brusque anémie de ce centre (d'où pâleur et lipothymies concomitantes) succédant à une ischémie habituelle. Dans la première alternative, il faut recourir à une ou plusieurs injections sous-cutanées d'un gramme de la solution : bromhydrate de cicutine 0 gr.50, alcool 1 gr. 50, eau de laurier-cerise 20 gr.); dans la seconde, aux sédatifs congestionnants : inhalations d'iodure ou de nitrite d'éthyle, et, par-dessus tout, injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine (3 à 15 milligrammes).

c) La dyspnée paroxystique, chez les sujets de la catégorie III, atteints de dégénérescence graisseuse du cœur, affecte deux types :

1° Ou bien indépendamment de toute lésion de stase et de signes stéthoscopiques dans les poumons, et sans qu'il y ait eu de dyspnée continue antérieure, surgit brutalement pendant la nuit chez des vieillards non infiltrés, au choc du cœur affaibli, au pouls lent permanent avec ou sans attaques pseudo-apoplectiques, avec ou sans accidents épileptiformes, une violente orthopnée due vraisemblablement au par trop d'insuffisance de l'irrigation sanguine bulbaire. Y a-t-il en pareil cas un médicament plus efficace que la trinitrine en injections sous-cutanées ?

2° Ou bien l'on voit apparaître — non seulement dans la stéatose sénile du cœur, mais aussi dans celle qu'engendrent des épanchements péricardiques abondants et de longue durée — cette dyspnée dite de Cheyne Stokes caractérisée par une apnée de 10 à 20 secondes, à laquelle succèdent des inspirations qui augmentent progressivement de nombre et d'amplitude pour diminuer insensiblement jusqu'à ce que survienne de nouveau l'apnée. Dû à la fois à la diminution d'excitabilité de la moelle allongée mal irriguée et, au cas de stéatose sénile, à l'asthénie de cette portion du système nerveux, ce type respiratoire d'un si fâcheux augure cède quelquefois d'une part aux médicaments congestionnants (injections sous-cutanées de trinitrine et non de morphine, qui passe pour pouvoir occasionner ce phénomène), d'autre part aux agents directement (injections sous cutanées de strychnine) ou indirectement (pointes de feu ou vésicatoires à la nuque, courants continus le pôle positif à la nuque, le négatif à la région précordiale) sthéniques. On a aussi réussi à supprimer les pauses en appliquant aux narines des décharges électriques régulièrement intermittentes,

Dr Ch. Liégeois.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'angine de poitrine tabagique

Par M. le Dr E. Colas (de Lille)

Récemment, M. Alf. Giard communiquait en mon nom, à la Société de biologie, une note intitulée : *Action de la nicotine sur le cœur et les vaisseaux*. Cette note est le résumé d'un grand nombre d'expériences et peut elle même se condenser dans les propositions suivantes :

La nicotine injectée dans les veines et à doses moyennes produit :

1° Dans un premier stade un ralentissement des battements du cœur avec chute de la pression intra-vasculaire ;

2° Dans un deuxième stade plus important comme constance et durée, une accélération considérable des systoles cardiaques, avec une augmentation énorme de la pression artérielle ;

3° Au début même de la phase précédente, une *vaso-dilatation* très manifeste ;

4° Une excitation directe de la fibre du myocarde amenant l'hypertension du stade d'accélération.

Je ne puis faire l'exposé des expériences qui ont progressivement, je dirais même impérieusement, amené ces conclusions : un travail prochain donnera les détails. Je veux ici essayer d'interpréter à l'aide des résultats de l'expérimentation les accidents trop fréquents que produit le tabac sur la circulation.

Tous les observateurs ont signalé l'action nocive du tabac sur le cœur et les vaisseaux. Beau, Decaisne, Favarger, Huchard, Peter et Gelineau, Potain, etc., ont apporté des preuves. Les faits s'accumulant, le pronostic s'est peu à peu assombri. Les affections cardio-vasculaires produites par l'abus du tabac sont, en effet, les aortites, l'artério-sclérose, l'angine de poitrine. Je ne m'occuperai, dans cet article, que de l'angine de poitrine tabagique.

Depuis le travail de Beau, en 1862, l'existence d'une angine de poitrine tabagique est devenue indiscutable. Les observations cliniques, les autopsies ont permis de classer l'*angor pectoris* des fumeurs parmi les angines vraies, c'est-à-dire celles dont on peut mourir.

Ce qui est discuté, c'est la pathogénie de ces accidents. Ce n'est pas que les théories manquent : le poumon, le cœur dans son endocarde, dans son myocarde, les vaisseaux, les nerfs, les états diathésiques, etc. ont été incriminés par des savants de premier ordre. De toutes ces hypothèses, celle qui attribue les accidents à une ischémie cardiaque, suite d'altération des coronai-

Digitized by Google

res, semble répondre à la majorité des cas d'angine de poitrine pouvant amener la mort. M. Huchard, depuis longtemps, a soutenu cette thèse et l'a faite presque sienne par son opiniâtreté et à lutter par la valeur de son argumentation. Dans son livre sur les maladies du cœur et des vaisseaux, il s'exprime ainsi : « En ne considérant que la névralgie ou la douleur dans la sténocardie, on commet une erreur semblable à celle qui consisterait à voir seulement les douleurs névralgiques d'une tumeur cérébrale et à ne pas voir la tumeur cérébrale. Pour l'*angor pectoris*, lorsque vous cherchez seulement à calmer la douleur, vous faites de la thérapeutique *symptomatique* et vous ne vous élevez pas jusqu'à la thérapeutique *pathogénique*, la seule vraie, la seule efficace.

Mais pour bien comprendre cette question, il me paraît utile de résumer, dans une revue d'ensemble, la valeur diagnostique ou pronostique du syndrome angineux.

1° Il y a une angine de poitrine organique ou fonctionnelle par rétrécissement mécanique ou spasmodique des artères coronaires. C'est l'*angine de poitrine ischémique ou artérielle*, celle que j'appelle angine *vraie*, celle dont on meurt ;

2° Il y a des angines de poitrine par névralgie, hypérémie ou inflammation du plexus cardiaque. Ce sont les angines *fausses*, qu'on peut appeler *névralgiques ;* elles guérissent malgré la médecine et les médecins.

La première résulte d'une affection artérielle; les secondes doivent être rangées dans le cadre des affections nerveuses. »

Pour tous les cliniciens, l'angine de poitrine tabagique peut amener la mort subite, elle doit donc être classée dans les angines d'origine artérielle.

Pourtant, les autopsies sont presque toujours négatives, on ne trouve pas de lésion des coronaires. La théorie de l'ischémie cardiaque peut-elle encore s'appliquer à ces cas? Cl. Bernard ayant constaté que sur la membrane interdigitale d'une grenouille intoxiquée par la nicotine les vaisseaux se vident de sang et se rétractent, avait conclu à une vaso-constriction. M. Huchard, se basant sur ces expériences, admet que l'angine tabagique réalise le type accompli de la sténocardie par rétrécissement fonctionnel et spasmodique des artères coronaires. Si on ne trouve rien aux autopsies, c'est que le spasme cesse après la mort.

Or, j'ai prouvé dans mes expériences qu'il y a une vaso-dilatation et non une vaso-constriction dans l'empoisonnement nicotinique. Je me range ainsi à l'avis de Vulpian, qui admettait que les faits observés par Cl. Bernard étaient dus au ralentissement initial des battements du cœur permettant aux vaisseaux de se vider et de revenir sur eux-mêmes.

Mais s'il y a vaso-dilatation il y a aussi excitation de la fibre du myocarde, une sorte de tétanisation du muscle cardiaque, qui produit très rapidement une hypertension considérable.

Heberden, en 1768, admettait que la mort dans l'angine de poitrine arrive par suite d'un spasme cardiaque expliquant « l'aspect lavé » que présente l'endocarde dans ces cas. Pour lui, pour Latham, pour Lente le muscle du cœur, quand il se contracte d'une façon anormale, devient douloureux et incapable de fonctionner. Une main prise de crampes douloureuses ne peut plus écrire ; le cœur pris de spasme ne peut plus propulser le sang.

Cette théorie est incontestablement exagérée, si on veut la prendre à la lettre. Il est certain que le cœur, soumis aux excitations transmises uniquement par les nerfs, ne peut littéralement entrer en contracture comme les muscles des membres. Pourtant, des expériences prouvent que le cœur surexcité peut battre avec une rapidité extrême et capable d'amener en peu de temps la mort. Comprise avec ces réserves, la théorie du spasme peut s'appuyer sur mes expériences; l'état tétanoïde du cœur produit par la nicotine peut expliquer la douleur précordiale, l'angoisse, qui ressemble à « une pause de la vie », mais justifie difficilement le cas de mort subite. Car s'il est vrai que les fumeurs qui abusent sont exposés aux accidents angineux, il faut reconnaître que rarement ils y succombent. Il y a donc quelque chose d'individuel qui existe pour produire cette terrible éventualité. Je pense que l'artério-sclérose plus ou moins généralisée offre son influence néfaste à celle des contractions exagérées du cœur. M. Huchard a exposé le rôle de l'hypertension habituelle dans la genèse des altérations vasculaires et tous les accidents qui en proviennent. J'ai dit qu'avec la nicotine on obtient une hypertension considérable (ce qui montre qu'il peut y avoir des hypertensions sans spasme artério-capillaire). Cette augmentation de la tension artérielle rend compte des aortites et des artério-scléroses attribuées au tabac.

Je pense donc que les symptômes de l'angine de poitrine peuvent être produits par l'abus du tabac ; que les phénomènes de douleur et d'angoisse précordiales peuvent résulter d'une excitation trop violente et habituelle du myocarde par la nicotine ; que ces accidents doivent disparaître sans laisser de trace, par la suppression du tabac, quand il n'existe pas encore d'artério-sclérose et que la mort subite peut arriver quand, par suite de l'hypertension continuellement entretenue par la nicotine, il y a déjà des altérations de l'ensemble des vaisseaux de l'organisme.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MÉDECINE

Traitement de l'érysipèle par le salicylate de soude. — Cette médication, dont M. Hallopeau a établi les règles, consiste à prescrire cet agent antiseptique, *intus* et *extra*.

1° Application sur les parties malades de compresses imbibées d'une solution d'acide salicylique au vingtième.

2° A l'intérieur, faire ingérer en trois fois une dose de quatre grammes de salicylate de soude que l'on fait véhiculer dans un grog léger.

Les contre-indications de ce traitement sont la dyspnée ou les accidents cérébraux et ses effets, une notable abréviation de la durée de la maladie.

Digitized by Google

DERMATOLOGIE

Lotions parasiticides contre les pediculi. — Ces lotions au sublimé sont recommandées par M. Brocq contre les *pediculi pubis*. On peut les pratiquer deux fois par jour avec la solution suivante :

Sublimé,..... 2 grammes.
Vinaigre aromatique..... 600 —

Elles ont pour effet, non seulement de détruire les *pediculi pubis*, mais d'en détacher les lentes. S. R.

REVUE DES LIVRES

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique (t. II, 5e et 6e fascicules). Boissons, par M. Riche ; de l'alimentation, par M. Pouchet (Paris 1890. Lecrosnier et Babé).

Cette importante et remarquable publication se poursuit rapidement sous l'habile et vigoureuse impulsion de son très estimé Directeur, M. Jules Rochard.

Nous avons déjà eu l'occasion de rendre hommage à ce beau monument élevé à l'hygiène publique en cette fin de siècle et par des savants de haute valeur. Ce fascicule mérite les mêmes éloges que les précédents. La question des boissons au point de vue chimique, alimentaire, hygiénique et sanitaire, y est traitée par M. Riche et, à coup sur, plus complètement que dans tous les autres ouvrages parus jusqu'à ce jour.

Il en sera de même de la théorie et des questions relatives à l'alimentation que M. Pouchet y développe et dont la suite se trouvera dans le fascicule suivant. Nous devons reconnaitre que c'est un hommage à la vérité, que, par l'ampleur des développements, M. Pouchet a voulu permettre aux lecteurs de se former une conviction raisonnée et impartiale.

Au reste, c'est bien là l'excellent esprit qui dirige cette revue. La vérité scientifique ne s'impose point ; elle se démontre : M. Rochart est de ceux qui aiment à s'adresser à la raison du lecteur. Voilà certes une vertu généreuse et assez rare à l'heure actuelle, pour mériter les éloges de tous ceux qui aiment la liberté de la pensée scientifique non pas uniquement pour elle-même, mais pratiquement pour les fruits qu'elle fait mûrir. Ch. Eloy.

Cours de thérapeutique hydro-minérale, par M. le Dr Bouloumié (Paris 1890, Société d'éditions scientifiques).

Ces trois leçons sont détachées du cours fort intéressant que M. Bou'oumié enseigne à l'Ecole pratique, et exposent, en partie, sa pratique personnelle à Vittel. Le lecteur y retrouvera les qualités de style, d'exposition et de sagesse clinique dont notre confrère fait preuve dans ses écrits. Il trouvera aussi des détails importants au point de vue thérapeutique, sur les indications et les cures de Vittel contre l'arthritisme, les lithiases urinaires et biliaires, le diabète, etc., etc. C'est tout dire. Dans un temps où l'administration de la plupart des stations hydro-minérales se laisse trop devancer par leurs rivales de l'étranger, les publications comme celles-ci sont fort utiles et souvent à propos. Ch. E.

Hygiène élémentaire et privée, par M. le Dr Amblard (Paris 1890, Maloine).

Les livres d'hygiène sont d'actualité; grands et petits, minces et gros, ils se multiplient. Il faut s'en féliciter et féliciter leurs auteurs surtout quand ils ont l'excellente idée, à l'instar de M. Amblard, de favoriser l'enseignement d'une science que l'on fait souvent trop spéciale.

M. Amblard n'a pas écrit un traité complet sur la matière. En vérité c'était superflu au moment où se poursuit la publication de l'*Encyclopédie d'hygiène*. Plus modeste, plus pratique, ce dont on ne saurait trop le féliciter, il a voulu et il a su donner un résumé succinct et complet de l'état actuel des connaissances scientifiques sur la démographie, l'alimentation, l'habitation, le milieu urbain et rural, enfin sur la prophylaxie des maladies : toutes questions, que les travaux récents permettent d'envisager à des points de vue nouveaux.

Bref, ce volume offre de l'intérêt pour le praticien tout autant que pour l'étudiant en médecine; c'est dire qu'il obtiendra plus qu'un succès d'estime. Il me semble que cet éloge n'est pas celui que l'on peut faire de la plupart des nombreux ouvrages dont chaque jour on encombre la littérature médicale et nos bibliothèques. Ch. E.

Formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles, par M. H. Bocquillon-Limousin, avec une introduction, par M. le Dr H. Huchard (Paris 1890, J. Baillière).

Il ne faut point juger des gens et des livres sur les apparences. Ce volume est modeste par son format élégant et court par le petit nombre de ses pages. Voilà deux qualités bien rares, qui déplairont peut-être aux bibliomanes, mais qui sont fort appréciés des praticiens, gens désireux de s'instruire rapidement et avec certitude.

Quand il s'agit de médicaments nouveaux, il est de plus en plus nécessaire de faire un choix : Parmi eux, en effet, j'en appelle au témoignage de M. H. Huchard et à l'introduction qu'il a écrite pour ce livre, il y a beaucoup d'appelés et peu d'élus, de sorte qu'un livre comme celui-ci devient le moyen « de » mettre le médecin en garde contre cette sorte d'hystérie thé» rapeutique qui tend à nous envahir et qu'on ne saurait trop » combattre. »

Le livre de M. Bocquillon expose succinctement, mais complètement, des notions botaniques, chimiques, physiologiques, thérapeutiques et pharmaceutiques sur les remèdes les plus récemment recommandés. C'est donc un livre de renseignements, qui promet de rendre des services aux praticiens et aux élèves et qui, à ce titre, mérite d'être souvent consulté.

Ch. Eloy.

Contribution à l'étude de la contagion du choléra, par M. le Dr Gabazzi (Constantinople, 1890).

Dans cette brochure, M. Gabazzi se demande si l'urine « ne serait point le terrain nourricier », où se développe le bacille du choléra et ne jouerait point un rôle dans la contagion de cette affection. Il appuie ses soupçons sur des expériences de Toussaint, et sur une remarque de M. Bouchard, à propos des propriétés vaccinantes de l'urine des animaux atteints de choléra expérimental. Bref, notre très distingué confrère de Constantinople demande une vérification expérimentale de ses soupçons C'est se placer à un point de vue nouveau et original pour étudier la pathogénie et l'étiologie du mal indien. Cette brochure arrive en temps opportun où le choléra fait parler de lui. Ch. Eloy.

La méthode expérimentale principalement considérée dans les sciences biologiques, par M. le Dr J. V. Laborde (Paris 1890, Société d'éditions scientifiques).

Ce mémoire est une apologie de la méthode expérimentale à une époque où personne ne songe sérieusement à en contester la valeur et la fécondité.

L'auteur apprend à ses lecteurs qu'il en « fait la base » de la physiologie, de la pathologie, de la thérapeutique et de la toxicologie. Quelle bonne fortune pour le lecteur !

Après avoir lu ce mémoire, on reconnaitra une fois de plus que l'œuvre de Claude Bernard était complète, que le physiologiste a eu des remplaçants, mais non des successeurs, et qu'il est bien imprudent d'entreprendre et de répéter après lui l'éloge et l'exposé dictactique de la méthode expérimentale.

Ch. Eloy.

Digitized by Google

Revue des médicaments nouveaux, par M. E. Crinon (Paris, 1890, Rueff).

Depuis quelques semaines, les livres de matière médicale et de thérapeutique deviennent plus nombreux. Sous une forme concrète, on consacre aux formules et aux médicaments nouveaux des pages qui, en apparence modestes, font et défont des réputations thérapeutiques récentes. Est-ce un bien? Est-ce un mal? Il serait difficile de le dire. En tout cas, je crois que c'est un bien quand on s'efforce, comme M. Crinon le fait, de résumer impartialement et fort exactement les vertus de ces drogues, dont la nouveauté est quelquefois le seul mérite.

M. Crinon rédige le *Répertoire de Pharmacie* avec une compétence et une habileté à laquelle, nous autres médecins, nous devons rendre un légitime hommage. Il a donc mentionné dans cet ouvrage, aux allures modestes, mais d'une conception fort originale, les produits chimiques et les plantes d'introduction récente dans la matière médicale. Il a même fort opportunément ajouté à ces notions pharmacologiques des renseignements sur certaines médications. Puis, toujours inspiré par un esprit pratique, M. Crinon fait connaître la technique de certaines préparations, voulant ainsi, fort utilement, se rendre tout à la fois utile au médecin et au pharmacien.

De plus, et c'est là une qualité à laquelle on ne saurait trop rendre hommage, il passe sous silence des substances médicamenteuses auxquelles il manque l'épreuve de l'expérimentation. C'est de sagesse : il faut lui en rendre hommage, dans un temps où selon une expression judicieuse, « l'hystérie thérapeutique » est une maladie si commune. Enfin, j'ajouterai qu'une posologie exacte donne au praticien des indications précieuses sur les doses et l'administration des médicaments. Bref, c'est un bon livre à consulter. Ecrit judicieusement, il est, ce qui vaut encore mieux, fort sagement conçu.

Ch. Eloy.

LETTRES D'ALLEMAGNE

Autour du Congrès des sciences médicales

(*D'un correspondant spécial*)

Berlin, 10 août 1890.

Assainissement de Berlin. — Le tout à l'égout. — Les champs d'irrigation et l'utilisation des eaux d'égout.

La totalité de la ville de Berlin est soumise au régime du tout à l'égout.

La canalisation le divise en douze rayons (système radial), qui viennent aboutir à un centre d'où le liquide est envoyé dans les champs d'irrigation (Rieselgüter, Rieselfelder).

Il n'y a actuellement que sept élévateurs en fonction, les autres doivent sous peu compléter le système.

La quantité de liquide qui, chaque jour, est envoyée de la ville dans les champs d'épuration est donnée, par le tableau suivant, en mètres cubes :

	POMPES						
	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4	N° 5	N° 6	N° 7
Du 1er avril 1880 au 31 mars 1881	4.289	10.988	14.321	6.486			
— 1881 — 1882	7.687	17.433	15.367	11.684	3.582		
— 1882 — 1883	11.209	19.561	16.154	15.654	8 904		
— 1883 — 1884	10.762	20.176	16.314	16.603	14.762		
— 1884 — 1885	10 349	21.485	16.854	19.311	19.991		
— 1885 — 1886	12.340	22 614	17.194	21.671	23.228	859	4.598
— 1886 — 1887	12 881	23.121	17.606	23.471	24.705	4.510	6.620
— 1887 — 1888	13. 6 21	23.393	18.034	23.844	24.945	8.072	7.497
— 1888 — 1889	13.316	22.929	18.690	25.137	25.179	9.752	8.063

Toutes les sections envoient leurs produits à seize territoires d'irrigation, qui sont ainsi groupés :

Système N°
1, 2, 6 à Osdorf, Friederikenhof, Heinersdorf.
3, 7, à Grossbeeren.
4 à Wartenberg, Malchow, Blankenburg.
5 à Falkenberg et Bürknersfelde, Hœhen-Schœnhausen, Ahrensfelde.
8, 9, 10 à Rosenthal et Blankenfelde, Mœllersfelde, Lindenhof.
12 à Hellersdorf.

Par cette énumération, on comprend la vaste étendue de terrain employé à cet usage, qui mesure, en effet, 6,814 hectares. Lorsque toute la canalisation sera terminée elle comprendra 77 kilomètres 524 de tuyaux et les champs d'irrigations occuperont 12,064 hectares.

Logiquement, je devrais prendre un à un les égouts collecteurs, les élévateurs et les champs d'irrigation. J'aime mieux mettre la charrue devant les bœufs et vous faire assister à la visite de ce vaste mécanisme, comme il nous a été donné de la faire. Bien entendu, nous n'avons pas couru la banlieue berlinoise du sud au nord et de l'est à l'ouest pour voir toutes ces localités. Je vous conterai seulement notre promenade à Blankenburg et Malchow sous la conduite du Dr Langenhans et de l'ingénieur Spinola.

Partis à 2 h. 25 après midi, le vendredi 8 août, le chemin de fer nous a conduits au bord même de l'exploitation. De chaque côté du chemin, de vastes plans, coupés de fossés périphériques, sillonnés de rigoles; là, des rosiers du Bengale, quelques saules près des ruisseaux, ; puis, des pépinières de jeunes arbres, des champs de haricots, de choux, des rangées de fraises, des jeunes noisetiers, des asperges; des comestibles, on passe aux plantes médicinales : mélisse, menthe poivrée, spilanthes, aconit, hyoscyamus niger, datura stramonium; puis, aux fleurs d'agrément : reines-marguerites, giroflées, dahlias, lilas, etc.

Digitized by Google

Les rigoles mesurent environ 20 centimètres de profondeur, de façon à ce que l'eau d'égout ne puisse jamais souiller les plantes. La végétation offre partout une vigueur qui fait honneur à l'engrais. Tout ce système de canaux, de rigoles, nous représente l'irrigation.

Un petit étang naturel, couvert de lentilles d'eau, des herbages rappelant la Normandie, des champs d'avoine, précèdent un groupe de bâtiment. C'est, d'abord, un hangar, une espèce d'herboristerie, où l'on sèche les plantes médicinales, et, au milieu de toute cette pestilance, l'asile des convalescentes femmes. On s'étonne un peu de le voir dans un tel lieu, mais on doit s'incliner devant les faits et admettre la salubrité du lieu. Les chambres, deux au plus, très propres, possèdent des lits en fer, des tables, des armoires en pitchpin, un grand et haut poêle en faïence. Le service est fait par des sœurs protestantes ; les convalescents payent pour la moitié au moins ; le reste, admis gratuitement, vient des hôpitaux et aide au travail.

A côté de l'asile, on a une source, dont l'eau, fraîche et claire, fournit à tout le personnel. Par le filtre, on a séparé l'oxyde de fer qui la rendait indigeste.

L'analyse de l'eau ainsi traitée a donné, par 100 litres :

Résidu sec	119.20	à	136.28
Perte à la calcination	9.28	à	8.64
Cendres	109 92	à	127.64
Ammoniaque	0.02	à	0.02
Chaux	30 06		
Magnésie	3.86		
Acide carbonique moitié combiné	23.95		
Acide nitrique	14.51	à	20.25
Acide phosphorique	0.544	à	0.52
Acide sulfurique	14.63		
Chlore	12.20	à	12.99
Chlorure de sodium	20.1	à	21.4

Sa température est de 30°6.

Le degré hydrométrique cherché par le permanganate de potasse était de 1,89 à 1,67 ; le nombre de microbes par centimètre cube, de 33 à 36.

Tout le terrain de cette vaste exploitation agricole est drainé, et l'eau, purifiée par son passage à travers les diverses couches du sol, sablonneux en cette contrée, coule dans des ruisseaux, claire, limpide, fraîche, agréable au goût, et retourne à la Sprée. A ce moment, elle donne à l'analyse, par 100 litres :

	Blakenburg	Malchow	
Résidu sec	90.88	128.16 à 140	
Perte a la calcination	15.68	11.44 à 13.52	
Reste	75 20	114.64 à 123.56	
Ammoniaque	0.56	0.01 à 0.08	0.05 à 0.25
Ammoniaque combiné aux substances organiques	0 62	0.02 à 0.07	
Acide nitreux	0.58	0.00 à 0.26	
Acide nitrique	15.18	13.46 à 29.60	
Acide phosphorique	traces	traces	
Chlore	18.78	21.36 à 25.97	
Degré hydrométrique	3	4.04 à 4.87	
Microbes par centimètre cube	17.00	12.00 à 45.00	

Après quelques minutes de transport sur des chariots de paysans, nous sommes à un des points d'arrivée du liquide d'engrais. Une bouche d'un diamètre d'environ 30 centimètres déverse ses flots dans un bassin circulaire d'environ 3 mètres de diamètre. De ce réservoir partent des canaux de 0,50 centimètres de profondeur, reliés par des tuyaux en terre qui aboutissent aux rigoles ; de distance en distance des vannes très simples, une planchette en bois et un long manche permettent de diriger l'eau.

Tout autour de nous s'étendent de vastes champs de blé, chaume haut, épis longs et pleins ; sur certains points on moissonne.

Pour permettre un écoulement facile, tout ce terrain est en pente douce. Au point culminant se dresse un tertre sur lequel s'élève, comme une colonne triomphale, un gros tuyau muni d'un flotteur, drapeau le jour, lanterne la nuit, qui avertit de l'arrivée du liquide et prévient aussi les employés contre une inondation.

Près de là, avant toute distribution, l'eau circule dans une série de bassins en gradins, creusés en pleine terre et servant à la *décantation* des matières solides. Ici l'odeur n'a rien d'agréable, partout ailleurs on ne sent que peu de chose.

Les chevaux partent au galop. Au passage nous voyons des bœufs au labour conduits par un ouvrier, des champs en moisson, puis des betteraves, des carottes. Les ouvriers sont des gens punis de peines correctionnelles. Des vastes prairies semées de regrass d'Italie qu'on coupe en vert et qu'on vend à raison de 30 pfennigs le quintal sur place.

Nous voici sur le bord d'étangs naturels, poissonneux et enfin, après un coup d'œil à la ferme, aux étables à porc, à vaches au nombre de 70, portant toutes sur une étiquette la quantité de lait qu'elle fournit (19 litres, 6 litres). Une collation nous est offerte par le directeur de l'établissement dans son parc. Il est 5 heures 1/2.

Le train nous reprend et nous continuons la visite par la station élévatoire de Scharnhorststrasse n° 9-10. Tous les canaux en rayons d'une partie de la ville convergent vers ce point dans des égouts étanches et aboutissent à un puits central, espèce de bassin de 12 mètres de diamètre, fermé par des madriers goudronnés avec interstices et d'où les machines élévatrices prennent le liquide et le lancent dans les conduits qui se rendent aux champs d'épuration. Cinq énormes pompes à vapeur, trois travaillant à la fois, suffisent à la besogne, et sont installées dans un hall. Les papiers et autres débris volumineux sont séparés. Le liquide du puits central est assez dilué pour n'avoir pas un aspect repoussant ; lors de grande pluie, il y a parfois du trop plein et il va malheureusement à la Spree.

Si vous reprenez notre excursion par la fin vous pourrez facilement refaire le plan du tout à l'égout.

Dans l'année 1888-1889, les pompes ont refoulé vers les champs d'irrigation 44,919,165 mètres cubes de liquide.

Chaque habitant reçoit par jour 64 litres 47 d'eau pure de consommation. Il renvoie à l'égout un surplus de 38 litres 63 provenant de la pluie, de l'eau des rues,

Digitized by Google

des fontaines, des établissements de bains, des usines, des eaux ménagères et des lieux d'aisances.

J'ajouterai, pour l'édification de mes compatriotes, qu'il faut, paraît-il, venir à Berlin pour apprécier la valeur de ce système dont les irrigations et les champs d'épuration de Gennevilliers sont un exemple parisien. Ces travaux d'assainissement ont été pratiqués depuis la guerre franco-allemande. Les essais de Gennevilliers datent des années 1863 et 1868. Et cependant, Durand Claye, leur créateur, est mort et déjà trop oublié. Des résistances bien connues et inexpliqués empêchent d'achever son œuvre. Ce sont des obstacles que la municipalité de Berlin n'a pas connus et qui ont permis en si peu d'années de conduire à bien une entreprise aussi considérable.

Dr H. Gillet.

REVUE CRITIQUE DES CONGRÈS

La 88e réunion de l'Association médicale britannique

On a vu par une lettre d'un correspondant (1) quel était le sens des discours d'ouverture prononcés par MM. Forster et Lawson Tait, en médecine et en chirurgie; à titre d'informations complémentaires, ajoutons que M. Hill (section de médecine publique) a énuméré les bienfaits sociaux de la *réforme sanitaire*; que M. Hamilton (section de pathologie) a parlé de la *dyspepsie gastrique*, que M. Savage (section de gynécologie) a démontré les *rapports de la gynécologie avec l'aliénation mentale*, et que M. Machden (section de pédiatrie) s'est occupé de l'*éducation* des enfants.

Clinique médicale. — I. **Des affections fonctionnelles du cœur.** — Vaste sujet que M. Dyce Dukword avait à traiter et sujet prêtant aux discussions. Ces dernières n'ont pas eu lieu, faute, on l'avouera, d'avocats pour soutenir les opinions adverses.

Parmi les affections fonctionnelles du cœur, M. Dyce Dukword place au premier rang la brachycordie le *pulsus rarus* de nos anciens; phénomène, somme toute, peu fréquent, que l'on rencontre aussi bien dans des cordiopathies organiques (rétrécissement aortique), que dans des rhumatismes cérébraux, les inflammations méningées et la malaria. Il y a donc une bradycardie organique qui est grave et une bradycardie fonctionnelle, susceptible de guérir.

Le *pouls irrégulier* possède une valeur pronostique bien différente suivant que le myocarde est intact ou non. On l'observe dans la dyspepsie flatulente, le theisme, le cafeisme, le tabagisme, chez les goutteux, et enfin dans les maladies organiques du cœur.

Même variété pathogénique du *pouls intermittent* dans l'appréciation duquel il faut tenir compte de l'état de tension actuelle.

Le *cœur irritable* est-il une cardiopathie fonctionnelle? On l'observe surtout chez les individus qui se livrent à des exercices physiques excessifs; alors on peut en trouver la cause dans une hypertrophie myocardique fonctionnelle.

Il faut placer dans le même groupe myologique les *palpitations* passagères ou durables, indépendantes de lésions organiques; celles de la forme cardiaque de la maladie de Graves et les palpitations réflexes, dans le rein flottant par exemple.

Ici ouvrons une parenthèse et mentionnons ces *brycadardies d'origine abdominale* dont un autre congressiste, M. Seymon Taylor, a rapporté trois observations: dans la première, palpitations liées à une cystite et à une hypertrophie prostatique, dans la seconde, palpitations chez une femme atteinte de retroversion et de tumeurs utérines et dans le troisième: tachycardie chez un sujet porteur de reins mobiles.

Puis ce n'est pas tout, pour en revenir à la communication de M. Dyce Dukword, on peut généraliser plus encore, et faire rentrer les *battements aortiques* dans la partie des cardiopathies fonctionnelles. C'est un vaste domaine, dont les limites sont d'ailleurs assez mal définies et parmi les collègues de M. Dyce Dukword, plus d'un pense avec M. Richards que l'on ne doit point faire jouer au système nerveux au rôle trop prépondérant dans la pathogénie de ces troubles que l'on dit si volontiers fonctionnels, quand bien souvent ils sont dus à des lésions organiques méconnues.

Bref, la question posée devant le congrès de Birmingham n'a pas été résolue, et avant d'arriver à ce résultat, il conviendrait, comme plusieurs de nos compatriotes, dont les congressistes anglais ont omis de citer les travaux de déterminer nettement ce qui appartient à l'innervation cardiaque et ce qui revient au myocarde ou à des modifications de la tension vasculaire.

II. **De l'action vasculaire de l'acide urique.** — Pour ce motif, il convient, je pense, de rapprocher de la précédente, cette communication de M. Haig.

Les modifications de la crase sanguine retentissent sur le cœur et les vaisseaux. On l'admet, M. Haig essaye de le prouver et constate qu'un excès d'acide urique, introduit expérimentalement dans le sang, diminue la tension artérielle et diminue l'urination.

Il n'hésite pas à placer sous la dépendance de la diminution de l'acide urique dans le sang, la production des phénomènes fébriles et la vaso-dilatation. Plus tard, au déclin du mouvement fébrile, l'acide urique se trouve à nouveau en excès dans cette humeur: c'est le moment, ajoute M. Haig, de la résolution.

Puis, allant plus loin — dans cette voie on ne saurait s'arrêter — il considère l'excès de l'acide urique dans le sang, comme la cause de l'anémie et sa diminution comme celle des attaques d'apoplexie. Bref! tout par l'acide urique et par les urines: ce sont, on le voit, des conclusions et une communication fort radicales. Il faut s'attendre à ces restaurations périodiques des doctrines humorales, après les travaux modernes où l'action des produits excrémentitiels et les matières secrétés par les bacilles, servent de tout puissants facteurs pathogènes. L'humorisme était mort: on le disait. Quelle erreur. Il revit sous la forme et le nom nouveaux de chimisme médical.

Clinique chirurgicale. — I. **De la ligature des gros troncs artériels.** — Cette question a été débattue entre M. Holmes, qui en était le rapporteur, et MM. Damer, Harrisson, Bennett, May, Parkes (de Chicago), et Marey (de Boston).

En premier lieu quelle doit être la matière servant à la ligature? La soie, le catgut ou le tendon de kangurou. M. Holmes adopte ce dernier; mais la majorité de ses collègues attachent une moindre importance à la nature du lien pourvu que l'asepsie soit parfaite.

La division de l'artère entre une double ligature suivant la méthode d'Abernethy est condamnable, d'après la majorité des chirurgiens de langue anglaise. Ils considèrent comme un pas en arrière, le retour à la méthode d'Anel pour la ligature des anévrismes poplités. Dans la plupart des cas, c'est donc à la méthode huntérienne qu'il faut avoir recours et à son défaut à la méthode d'Antyllus.

Bref, pas de radicalisme dans le choix des méthodes: mais s'inspirer des circonstances opératoires en se rendant le plus possible aseptique: telle est, en résumé, la conclusion d'une discussion qui, somme toute, n'a point donné de résultats inédits.

II. **Un procédé nouveau d'uranoplastie.** — Il a pour inventeur, M. Colley (de Londres) et pour objet de remédier à des fissures palatines, rebelles aux opérations classiques et en particulier à celle de Dieffenbach.

En l'enseignant, M. Colley se proposait d'établir au-dessus

(1) Voir: n° 32, 1890.

Digitized by Google

de la fissure palatine une sorte de pont muqueux, obtenu en transportant un lambeau de la muqueuse palatine, prélevé sur une des moitiés du palais, en prévenant toute perte de sang abondante et en évitant des sutures susceptibles d'exercer une traction sur le lambeau.

En quatre-temps, il a obtenu ces résultats.

Les voici :

1° Dissection sur un des côtés de la fissure d'un lambeau triangulaire muqueux et périostée ; hémostasie par compression.

2° Dissection de la muqueuse palatine du côté opposé, renversement de la bandelette vers la ligne médiane, la surface cruentée etant dirigée vers la langue.

3° Suture ou catgut de cette bandelette sur l'autre bord de la fissure.

4° Application du lambeau sur cette surface cruentée : points de suture métallique.

La cicatrisation est rapide ; néanmoins, il y a lieu de laisser les sutures métalliques en place durant un mois et même six semaines. C'est une condition de succès et de sécurité, que l'absence de traction sur les lambeaux permet de réaliser. De plus, c'est pour ce motif que l'on peut employer ce procédé chez les enfants tout jeunes.

III. **Des indications de la cure radicale des hernies chez l'enfant.** — A côté des considérations morales et sociales que MM. O'Neill et Parker font valoir en faveur de l'opportunité de cette opération pour l'enfance, voici les indications cliniques qui la motivent.

L'enfant est-il âgé de moins de deux ans ? M. Parker attend, on peut encore espérer un bon résultat par l'usage des bandages contentifs. Au delà de cet âge, la guérison est exceptionnelle, il faut opérer.

Il faut encore opérer quand le volume de la hernie est un obstacle à sa contention, et quand malgré le bandage elle persiste.

M. O'Neill adopte la méthode opératoire de Mac Ewen ; suture avec le catgut, panse rarement la plaie, pratique les premiers pansements sous l'anesthésie et prépare le malade à l'opération par le repos, la balnéation et le régime lacté.

Il semble que ces précautions judicieuses sont celles dont les chirurgiens du continent font également usage.

(*A suivre.*)

Dixième Congrès international des sciences médicales

Tenu à Berlin du 4 au 9 août

MÉDECINE. I. **Le myxœdème** :— Récemment encore on écrivait séparément ces noms : myxœdème, cachexie strumeuse, crétinisme sporadique. On en faisait des maladies distinctes ; c'était une erreur. MM. Ord (de Londres), et Mosler (de Greifswald), les deux rapporteurs de cette question au Congrès de Berlin, ont soutenu l'identité de ces affections, qui a été acceptée par Horsley, Leube, Ewald et Baumler. Cette démonstration était légitime après les travaux de MM. Ord lui-même, de W. Gall, de Simon et les expériences de V. Horseley.

Quels sont les signes du myxœdème ? Variables, on le sait : ici, gonflement du corps thyroïde suivi à une époque plus ou moins prochaine de sa disparition ; là, disparition du corps thyroïde sans gonflement préalable ou bien après une thyroïdectomie partielle. Puis tuméfaction et, selon l'expression heureuse de Ord, *œdème élastique* de la peau ; troubles de la parole, accidents nerveux, altération de l'intelligence, etc., etc.

La texture du corps thyroïde est altérée ; celle de la peau l'est aussi par l'abondance de la sérine qui incruste le tissu cellulaire. A ces lésions anatomiques, il faut ajouter l'abolition des fonctions de la glande dans le myxœdème chirurgical. Alors la physionomie du malade devient caractéristique. M. Mosler l'a décrite ainsi : regard apathique, gonflement palpébral bouffissure des extrémités, œdème gélatiniforme, ne conservant point l'empreinte du doigt et gêne de la marche.

Et les expériences sur les animaux ? M. V. Horseley a vu qu'après l'extirpation de la glande, le myxœdème se produisait, comme dans les cas chirurgicaux de Semon, et qu'une température froide en favorisait le développement. Bref, l'identité de ce myxœdème chirurgical avec le myxœdème non opératoire, permet d'espérer la guérison de cette affection par l'implantation sous-cutanée de fragments du corps thyroïde des animaux. Cette espérance formulée au Congrès de Berlin ne semble point chimérique après les essais de MM. Bettancour et Serrano et leur communication au Congrès de Limoges de l'Association pour l'avancement des sciences.

II. **L'hématomyélie centrale.** — C'est là une affection peu connue. M. Minor (de Moscou) a eu la bonne fortune d'en observer cinq cas et M. Remak (de Berlin) deux autres cas, tous d'origine traumatique.

Immédiatement après une chute, une contusion, les premiers symptômes se manifestent : paralyies, anesthésies, élévation thermique, constipation, rétention d'urine, escharre au sacrum. Plus tard on constate la disparition des paralysies, mais l'existence d'amyotrophie, combinées avec des anesthésies locales. Comme Remak le fait observer : la combinaison de ces derniers phénomènes répond bien à ces paralysies dites de Brown-Sequard, car l'anesthésie, la thermo-anesthésie et l'amyotrophie affectent des régions différentes.

Quelle est la cause de cette affection ? Il ne s'agit point d'une gliomatose centrale d'origine traumatique invoquée par Clarke, Stadelman, Oppenheim, Leyden, Lockart et Strumpel ? Non, la marche rapide de la maladie, se développant en quelques heures, est plutôt celle d'un épanchement sanguin intéressant le canal central ou les cornes de la moelle. Ce n'est point là une hypothèse, M. Minor a constaté ces lésions par l'autopsie. Plus tard, il pourra se produire un gliome central et c'est ainsi que l'on peut expliquer la transition et les rapports entre l'hématomyelie et la syringo-myielie. C'est en tenant compte de ces faits et de l'évolution de la maladie que l'on peut aussi établir le diagnostic différentiel entre la syringomyélie et l'hématomyélie.

III. **Le diagnostic des formes de l'ataxie.** — Autre question délicate de névropathologie. C'est M. le Dr Brower (de Chicago) qui l'aborde

Il y a, dit-il, trois formes d'ataxie : une forme spinale ; une forme périphérique et une forme cérébrale. Cette division nosologique ne fait point de doutes, seulement est-elle justifiée par les symptômes ?

La forme *spinale* d'emblée n'est point douteuse. Inutile de s'y arrêter.

La forme *périphérique* débute après une plaie, un traumatisme, une opération chirurgicale. Il faut que le sujet soit prédisposé. Ici le diagnostic s'impose.

La forme *cérébrale* est, dès la période préataxique, caractérisée par la prédominance des troubles cérébraux, inégalité ou contraction pupillaire, diplopie passagère, atrophie optique ; obnubilation de l'ouïe, perte du sens des couleurs ; puis signes laryngés, vertiges, manifestations apoplectiformes. Alors l'ataxie est établie et le diagnostic facile.

Aux formes différentes correspondent des indications thérapeutiques spéciales : la suspension souvent contre la forme cérébrale, l'extension des nerfs contre l'ataxie périphérique et la faradisation cutanée contre les formes spinales. Il va sans dire que le thérapeute doit tenir compte de l'état général, goutte, syphilis et des accidents locaux, crises et troubles urinaires ou gastriques. Ainsi envisagée la pathogénie, le diagnostic et le traitement de l'ataxie semblent donc plus clairs et plus précis.

Digitized by Google

IV. **La folie intermittente** — A côté de l'ataxie, maladie nerveuse, avec la folie intermittente, affection cérébrale. M. Magnan réunit sous cette dénomination unique, la folie périodique, la folie circulaire, la folie à double forme et les folies alternées, c'est-à-dire toutes les folies dans lesquelles les accès maniaques ou mélancoliques se succèdent suivant une marche et avec des caractères généraux communs. Pendant une période intercalaire, l'intelligence est normale. Plus tard seulement elle disparaît. On comprend l'importance diagnostique et sociale de cette période intercalaire et les erreurs d'appréciation qu'elle peut motiver. On ne saurait donc nier l'intérêt pratique de l'opinion défendue par M. Magnan.

V. **Le diagnostic de l'érysipèle du larynx et du pharynx.** — Autre question de diagnostic que M. Massei, de Naples, entend ainsi résoudre.

Trois symptômes, dit-il, révèlent l'érysipèle laryngo-pharyngé :

1° le boursouflement de la muqueuse de la base de la langue de l'épiglotte et des replis ary-epiglottiques, boursouflement causant la dysphagie ;

2° la mobilité de ce gonflement, qui par sa rapide production et sa disparition non moins rapide, rend les symptômes fonctionnels également mobiles.

3° la température et la fièvre qui sont celles de l'érysipèle.

Le diagnostic différentiel avec l'angine nevralgique et l'angine commune, est facilité par la localisation simultanée ou successive de l'affection sur le pharynx et le larynx. Enfin, M. Massei va plus loin et établit aussi un diagnostic contre deux formes de cet erysipèle; l'erysipèle pharyngo-laryngé primitif; et l'erysipèle pharyngo-laryngé consécutif ; cette seconde forme étant une complication de la pneumonie migratrice ou un accident se montrant sur des individus adynamiques.

Quel en est le traitement ?

Fort simple, au point de vue médical : glace à l'intérieur et sur la peau, pulverisations de sublimé, au deux millièmes; plus sérieux au point de vue chirurgical, puisque notre confrère italien propose et emploie la trachéotomie.

(*A suivre*).

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

Paris. **Société de biologie** (26 juillet 1890. I. *Des points de pénétration habituels du pneumocoque.* — Lyon. **Société des sciences médicales** (juin 1890). II, *Des conditions du succès de l'opération de la cataracte.* — Lille. **Société de médecine du Nord** (juin 1890). III. *Des propriétés analgésiques du bleu de méthyle.* — Grenoble. **Société de médecine de l'Isere.** — IV. *Les complications oculaires de la rougeole.*

I. **Des points de pénétration habituels du pneumocoque,** — Le rôle du pneumocoque dans la pathogénie de la pneumonie est aujourd'hui bien établi pour ceux qui admettent, et ils sont les plus nombreux, l'origine microbienne de cette maladie. M. Netter, qui a contribué largement pour sa part à établir cette doctrine étiologique, s'est demandé s'il ne serait pas possible de fixer les points de pénétration du bacille dans l'organisme.

Il a donc étudié cent vingt-un cas de pneumonie et a constaté que, par ordre de fréquence, chez l'adulte, on peut catégoriser ainsi les lésions pneumoniques : pneumonie lobaire, broncho-pneumonie et bronchite capillaire, méningite suppurée, otite moyenne, pleurésie purulente, endocardite ulcéreuse, péricardite suppurée, ostéopériostite de l'os iliaque, œdème inflammatoire du membre inférieur et abcès du foie. Chez l'enfant, cet ordre de fréquence, un peu différent, est le suivant : pneumonie, broncho-pneumonie, méningite, pleurésie, otite, endocardite et abcès du foie.

Or, dans soixante-onze cas, M. Netter a trouvé que le lieu de pénétration des pneumocoques se trouvait, chez l'adulte, au-dessous des grosses bronches et neuf fois au-dessus des fosses nasales. En d'autres termes, l'infection pneumonique de l'adulte se produit par pénétration des pneumocoques habitant la cavité bucco-pharyngienne, de haut en bas et dans les voies aériennes qui contiennent inférieurement cette cavité.

Chez l'enfant, il en serait autrement et l'infection aurait habituellement pour origine la pénétration de ce microbe dans les cavités qui prolongent par en haut la cavité bucco-pharyngienne. Elle aurait donc lieu le plus souvent de bas en haut.

Ces recherches anatomo-pathologiques et histologiques ne sont pas d'un intérêt purement théorique. Elles conduisent à des conclusions qui confirment en partie le fait clinique bien connu de la fréquence relative des complications méningées ou auriculaires de l'infection pneumonique des enfants.

C'est dire que ces recherches anatomo-pathologiques confirment, en les expliquant à nouveau, des remarques que les praticiens ont déjà pu formuler. La théorie pathogénique que M. Netter défend en devient donc encore plus vraisemblable. A ce point de vue, on ne saurait trop reconnaître l'importance de ces travaux ; d'autant plus qu'ils révèlent des déterminations de l'infection pneumonique inédites jusqu'à ce jour.

II. **Des conditions du succès de l'opération de la cataracte.** — Sur cent opérés de cataractes, cinq perdent l'œil par suppuration, et la moitié ne recouvrent qu'une vue imparfaite. Serait-il possible d'obtenir de meilleurs résultats ? Oui, d'après M. Grandclément. Comment ?

1° Par une antisepsie sévère pendant les quatre ou cinq jours qui précèdent l'opération Il faudrait laver l'œil avec une solution de sublimé au millième, et stériliser soigneusement le champ opératoire. Dans ces conditions, l'œil rougit à peine après l'opération.

2° Il faut obtenir une meilleure acuité visuelle, d'abord en expulsant tout le cristallin y compris sa capsule antérieure, par une large kératotomie et des massages alternant avec des injections intra-oculaires ; ensuite, en prévenant l'engagement de l'iris et ses adhérences dans la plaie, par une extension de ses fragments ou la mise en place dans la chambre antérieure.

Dans ces conditions, des lotions avec la solution faible de sublimé aux quatre millièmes et l'instillation de quelques gouttes d'atropine assureront la guérison dans l'espace de deux septénaires.

La maturité incomplète de la cataracte n'est point un obstacle à l'opération quand on pratique les lavages intra-oculaires et des massages. M Grandclément ne s'y arrête plus, tout en constatant la difficulté plus grande de l'opération.

III **Des propriétés analgésiques du bleu de méthyle.** — On admet, depuis les travaux de Lippmann et Erlich, que cette substance modifie les fonctions du cylindre axe des nerfs et qu'elle peut rendre des services contre les névrites et les névralgies.

L'ingestion de ce médicament n'offre, ajoute-t-on, aucun inconvénient, sa toxicité étant faible. Son action se produirait dans l'espace de deux heures environ. Ce sont de telles vertus que M. Combemale (de Lille) a voulu soumettre à l'épreuve clinique et physiologique.

Les animaux auxquels on l'administrait tombaient rapidement dans la torpeur. Des neuf malades qui ont ingéré ce médicament, huit ont accusé, il est vrai, de la céphalalgie et de la somnolence. Ce sont des inconvénients que les expérimentateurs allemands ne signalaient point.

Au point de vue de son efficacité thérapeutique, M. Combemale a été satisfait. Il a vu, dit-il, les douleurs se calmer, chez

Digitized by Google

des malades qui étaient atteints de névralgies, de rhumatisme aigu et de torticolis. Bref, notre confrère lillois recommande de continuer l'étude physiologique de ce médicament. C'est fort utile, ajouterons-nous, et, en tout cas, prudent, car il est difficile, d'après des expérimentations aussi peu nombreuses et des essais cliniques si peu étendus, de contrôler les conclusions des médecins allemands, et de donner prématurément au bleu de méthyle droit de cité dans la matière médicale.

IV. **Les complications oculaires de la rougeole et leur traitement.** — On connait le catarrhe oculaire classique du début de la rougeole. M. Deschamps (de Grenoble) ne s'en occupe point; mais, avec raison, il porte son attention sur l'ophtalmie post-morbilleuse, complication réelle et redoutable qui se traduit sous deux formes : la conjonctivite catarrhale, la conjonctivite pustuleuse, ou autrement dite phlyctinulaire.

Cette dernière forme, plus fréquente que la précédente, survient pendant la convalescence, parfois aussi après la première. Quelle en est la pathogénie? Parasitaire, il faut le supposer, et alors, à titre de simple hypothèse, voici qu'avec M. Deschamps on peut se demander si le micro-organisme de la rougeole n'aurait pas, comme celui de l'impetigo, le pouvoir de faire naitre la pustule cornéenne.

Le traitement de ces lésions n'est pas sans offrir de réelles difficultés. Il faut user avec tact des moyens médicamenteux, nitrate d'argent, atropine et autres.

Mettre force nitrate d'argent chez un enfant atteint de lésions cornéennes, c'est amener un tatouage de la cornée ou exaspérer le mal qui aurait guéri avec l'atropine et les préparations mercurielles appliquées localement.

Surveiller l'évolution du mal et savoir cesser à temps les caustiques et surtout le nitrate d'argent, telle est la raison des succès thérapeutiques. Surveiller l'évolution du mal n'est pas toujours facile d'ailleurs : un guide important est la sécrétion purulente ; quand elle disparait, il faut renoncer aux caustiques.

Un meilleur guide encore est la vue, mais pour voir la cornée d'un enfant et y observer des pustules ou des phlyctènes, il faut se servir d'un écarteur des paupières et de l'éclairage oblique, en ayant soin de fixer la tête du petit malade, le plus souvent indocile, entre l'étau de ses deux genoux.

C'est le mode de procéder que M. Deschamps recommande dans une maladie des enfants, auprès desquels les petits moyens sont toujours de rigueur. Sages conseils d'un praticien expérimenté.

S. R.

LA RÉFORME DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Le Congrès de Berlin vient de finir. C'est le moment d'étudier quelques-unes des réformes radicales et urgentes à opérer dans notre enseignement médical.

Un fait s'impose. Il est pénible pour notre amour-propre et cruel pour notre patriotisme ; la courtoisie de commande des Allemands ne doit pas nous le faire oublier : l'*Enseignement médical français est en décadence*, et cela, non pas parce que les vrais savants sont en minorité, mais parce que notre organisation médicale est des plus défectueuses.

On le sait, hélas ! depuis trop longtemps ;le ministre de l'Instruction publique lui-même le reconnaît, car il propose des réformes. Mais, que peut-il faire, puisque la loi le condamne à prendre pour réformateurs ceux qui ont intérêt à ne rien réformer?

Le Conseil supérieur des Facultés a montré son impuissance.

Les missions scientifiques à l'étranger se sont succédé depuis trente ans, et on est encore à chercher les résultats qu'elles ont produits. Quant aux fonctionnaires, n'en parlons pas : ils ont intérêt à ne rien changer.

Pour les concours, par exemple, rien n'a été fait. Tout le monde proclame que, tels qu'ils sont, ils aboutissent à l'immobilisation des intelligences, au découragement des vrais travailleurs. Voici ce que je disais, il y a plus de deux ans, dans le *Journal des Praticiens :*

« Il est injuste que de jeunes travailleurs qui ont enrichi déjà la science par leurs travaux originaux et quelques découvertes ne soient pas préférés à ceux qui, dans un concours, accomplissent ce tour de force consistant à traiter une question orale de vingt minutes ou une question écrite de trois heures, sans rien omettre. Cet effort de gymnastique cérébrale est-il profitable à la science, et croyons-nous qu'il n'y a rien à faire lorsque nous voyons de jeunes médecins distingués abandonner leurs études et leurs travaux pour se livrer exclusivement pendant cinq à six ans au moins (1) à la préparation d'un concours?..

» Mais, les travaux originaux des candidats doivent peser dans la balance, et du jour où on leur attribuera *officiellement* l'importance qui leur est due, la science en profitera puisqu'elle s'enrichira de recherches nouvelles et de travaux intéressants accomplis par des médecins qui ne resteront plus ainsi immobilisés pendant des années par la seule préparation d'un concours écrit ou oral (2) ».

La parole devrait appartenir aujourd'hui à la délégation scientifique qui revient de Berlin. Saura-t-elle faire entendre, dans les conseils de l'Université, la voix du progrès et faire apprécier les bienfaits de la liberté de l'enseignement supérieur, dont nos rivaux d'Allemagne recueillent de si grands profits? En tout cas, on comprend mal que notre gouvernement démocratique soit moins libéral à ce point de vue qu'un régime monarchique.

Entre autres réformes, voici d'abord les plus urgentes :

I. — Dans les **hôpitaux** :

1° Suppression du concours de l'externat. concours inutile, le nombre des places à donner dépassant souvent celui des candidats. Economie : 200,000 francs sur le budget des hôpitaux.

2° Comme en Allemagne, en Russie, en Autriche et partout ailleurs, choix des internes, ou plutôt des assistants (docteurs en médecine) par les chefs de service.

3° Nomination de chefs de laboratoires pour démontrer et enseigner dans les hôpitaux l'anatomie pathologique, la bactériologie, la propédentique, la thérapeutique expérimentale et clinique, etc.

4° Recrutement des médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, non plus au moyen de concours illusoires. Car, il faut avoir le courage de l'avouer, malgré le choix souvent heureux des élus, ceux-ci se trouvent trop souvent désignés avant les épreuves. Concours inutile, quand il ratifie le choix de l'opinion publique; concours injuste, lorsqu'il fait nommer, à la faveur, les candidats qui « ont leur jury ! »

(1) C'est là un minimum. Car, certains candidats, *des plus distingués*, concourent pendant huit à dix ans, et même davantage.

(2) Voir *Revue gén. de Clin. et Thérapeutique*, 1888-1839, et tirage à part, page 42.

Digitized by Google

5° Les chefs de service dans les hôpitaux n'ayant pas seulement des devoirs à remplir envers les malades, mais encore envers les élèves, devraient être dans l'obligation de se consacrer à l'enseignement et d'utiliser les énormes ressources cliniques qu'on met à leur disposition. Ainsi, la médecine pratique, *qui ne s'apprend qu'au lit du malade*, se trouverait largement enseignée sans charges budgétaires nouvelles.

II. — **Dans les Facultés de médecine :**

1° Pour les professeurs, remplacer le traitement qui, bien à tort, fait d'eux de simples fonctionnaires, par une indemnité fixe à laquelle s'ajouterait, comme traitement éventuel, la rétribution scolaire de leurs élèves. Ceux-ci auraient donc le droit, comme dans tous les autres pays, de s'instruire, soit à la Faculté, soit dans les hôpitaux, soit ailleurs. De cette façon, on réaliserait les deux conditions indispensables du succès d'un enseignement : l'*émulation et la concurrence*. A chacun, selon ses œuvres, et selon le succès de ses leçons. A l'étranger, le titre de professeur n'est pas le but pour arriver à la clientèle, mais la consécration des succès dans l'enseignement libre.

2° Séparation absolue du corps enseignant et du corps examinant, dans l'intérêt des études, et pour éviter les inconvénients d'une science officielle.

Nous reviendrons sur ces réformes et sur bien d'autres encore. Qu'il nous suffise, pour aujourd'hui, de rappeler ce souvenir.

Il y a vingt ans, en 1870, malheureusement aussi peu écouté que le colonel Stoffel, un doyen de la Faculté de Paris qui redoutait un Sedan scientifique, n'écrivait-il pas déjà, à l'usage de ses contemporains et de ses successeurs, les paroles suivantes ?

« Un nouvel effort doit être tenté pour sauvegarder » l'avenir scientifique de la France. Et il ne faut pas s'y » tromper : il s'agit ici d'un intérêt de premier ordre, » car la vie intellectuelle d'un peuple alimente les » sources de sa puissance matérielle, et son rang est » marqué aussi bien par l'ascendant qu'il sait prendre » dans les choses de l'esprit que par le nombre et la » valeur de ses défenseurs ».

HENRI HUCHARD.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 *août* 1890

Présidence de M. le Dr MOUTARD-MARTIN

M. GUERMONPREZ (de Lille) lit une note sur la *prothèse des apophyses geni*, après la résection du maxillaire supérieur. Ce procédé permet de faire cette résection sans que la langue se porte en arrière, et prévient l'asphyxie. — M. VERNEUIL fait observer qu'il a fait, il y a quinze ans, ce que M. Guermonprez préconise.

M. le Dr COBOS lit un mémoire sur les *injections hypodermiques d'oxygène*. Ces injections ne causent aucun trouble dans l'économie. Par ce procédé, le malade absorbe le quart de l'oxygène qu'il absorberait par la voie normale.

Grippe et traumatisme. — M. VERNEUIL rappelle les observations publiées par M. le Dr Jeannel (de Toulouse), qui a bien vu le rapport existant entre la grippe et les accidents éprouvés par les opérés. La grippe rend le pronostic du traumatisme bien plus sérieux. C'est ainsi qu'une jeune femme qui, quatre jours auparavant, avait été atteinte de grippe, subit la castration. Tout marche à souhait, quand tout à coup des accidents graves éclatent. La malade meurt; à l'autopsie, on ne trouve rien dans le péritoine ni dans l'intestin : pas de lésions dans le petit bassin. Il n'y avait eu ni péritonite, ni septicémie intestino-péritoniale. La mort avait ici lieu sous l'influence de la grippe. Les opérations les plus simples peuvent causer la mort d'une façon inattendue si elles sont faites après une attaque de grippe.

De plus, rien n'indiquant l'époque à laquelle on peut opérer les malades qui ont eu la grippe, le chirurgien se trouve dans un grand embarras, car il y a des opérations urgentes. Poncet (de Lyon) a perdu un malade qui avait été opéré deux mois après avoir eu la grippe. Celle-ci, survenant chez un opéré, peut aussi produire la mort, comme le prouvent des observations de Demons et de W. Bennett.

NOUVELLES SANITAIRES

FRANCE

Les mesures sanitaires contre le choléra. — Malgré le nombre considérable des voyageurs soumis à la visite sanitaire sur la frontière, les rapports officiels adressés au Comité consultatif d'hygiène constatent l'absence presque absolue de cas suspects parmi les voyageurs venant d'Espagne en France.

ÉTRANGER

ESPAGNE. — **L'épidémie cholérique de 1890.** — Les statistiques très incomplètes que publient les autorités espagnoles continuent d'enregistrer avec une triste monotonie la morbidité cholérique approximative et une mortalité non moins approximative à Valence et dans les provinces voisines. Il paraît probable que des cas ont été observés à Madrid, malgré les observations contradictoires. Bref, peu de changement dans l'état sanitaire espagnol.

ARABIE. — **La prophylaxie cholérique dans la mer Rouge.** — La gravité de l'épidémie est toujours grande. Aussi, outre les quarantaines imposées aux pèlerins dans la mer Rouge, plusieurs Etats européens, tels que la Bulgarie, viennent de prescrire une quarantaine de sept jours aux voyageurs venant de la Turquie, d'Asie ou de l'Asie-Mineure.

INFORMATIONS

ÉTRANGER

ALLEMAGNE. — **Les suites du Congrès de Berlin.** — Tout n'est pas au mieux dans la profession de secrétaire d'un Congrès. M. Lassar (de Berlin) l'apprend à ses dépens.

Le Congrès berlinois est à peine terminé que voici, dit-on, que le Comité d'organisation le met en demeure de faire un voyage à l'étranger, le remplace par le Dr Posner et désapprouve ce qu'il aurait fait dans certaines circonstances.

Il aurait été, paraît-il, un peu trop aimable en paroles avec les délégués français. Dans ce cas, on peut donc mesurer maintenant à leur valeur les récits trop enthousiastes de ces délégués. L'incident Lassar est instructif et donne raison à ceux dont l'engouement est plus calme et plus discret.

Le Directeur-gérant : HENRI HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE N° 35 27 AOUT 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

COMITÉ DE RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

Hôpital Saint-Louis. — M. le Dr BROCQ.

Symptômes et traitement de l'urticaire

On désigne sous le nom d'*urticaire* une éruption caractérisée par la production plus ou moins rapide d'efflorescences et d'élevures rosées ou rouges, parfois décolorées au centre; elles ressemblent à des piqûres d'ortie, s'accompagnent de sensations de prurit ou mieux de brûlure, de cuisson, de chaleur, de picotements et de tension, et évoluent d'ordinaire avec la plus grande rapidité.

L'urticaire n'est pas une dermatose bien définie; l'élément urticarien peut se retrouver dans une foule d'états morbides divers. C'est ainsi que l'urticaire peut compliquer toutes les affections parasitaires, qu'elle peut être l'éruption première du prurigo d'Hébra, de la dermatite herpétiforme de Duhring: elle est une des modalités éruptives les plus fréquentes des dermatites toxiques, un des épiphénomènes des kystes hydatiques, des maladies du tube digestif ou du système nerveux; chez les enfants, elle accompagne fréquemment les crises de dentition, etc.

Pour faciliter l'étude de ce symptôme, je distinguerai deux groupes principaux de faits:

1° Les URTICAIRES VULGAIRES que l'on divise en deux variétés principales :

a) *Les urticaires aiguës* ;

b) *Les urticaires chroniques* à côté desquelles nous rangerons la curieuse disposition cutanée connue sous le nom de *peau irritable* ou d'*autographisme*.

2° L'URTICAIRE PIGMENTÉE, qui, jusqu'à nouvel ordre, semble constituer une dermatose assez bien définie. Nous ne nous occuperons dans cet article que des urticaires vulgaires.

SYMPTOMATOLOGIE. — L'urticaire aiguë débute brusquement, le plus souvent à la suite d'une indigestion, ou bien après avoir mangé un aliment irritant pour le malade, tel que des moules, du homard, des poissons de mer, des fraises, etc., parfois sans cause appréciable.

Elle peut s'accompagner de phénomènes généraux: d'une fièvre intense (fièvre ortiée), et, dans ce cas, il est quelquefois difficile de la distinguer au premier abord de la scarlatine dont elle n'a pas la teinte, et de l'érysipèle dont elle n'a pas l'uniformité, le bourrelet d'envahissement et les localisations.

Le malade éprouve une sensation de prurit, de cuisson, de brûlure, très variable, quelquefois intolérable; le grattage lui procure un soulagement momentané, mais sous son doigt naissent des élevures rouges, de formes diverses, arrondies ou irrégulières, le plus souvent aplaties à leur sommet, dures, saillantes et formant des sortes de papules plus ou moins gigantesques.

Suivant leur aspect, on a distingué des variétés: quand les taches sont purement érythémateuses; c'est l'*urticaire maculeuse* ; quand elles sont sinueuses, forment des dessins par confluence: c'est l'*urticaire gyratée, linéaire, figurée, circinée*, etc. ; quand la confluence est parfaite et les plaques fort intenses, c'est l'*urticaria conferta* ; si la partie saillante centrale est d'un blanc brillant, alors que la périphérie est d'un rouge vif, c'est l'*urticaire porcelaine*.

Dans l'*urticaire hémorragique* (*purpura urticans*), il y a une tache centrale hémorragique entourée d'une auréole rouge ou violacée ; elle est *discrète* ou *confluente* et forme, dans ce dernier cas, de larges placards hémorragiques.

Neumann désigne sous le nom d'*urticaire papuleuse* (*lichen urticatus*), une forme éruptive caractérisée par de petites élevures boutonneuses de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'un pois, entourées d'une auréole rouge et que le malade excorie; elle constitue une forme de passage entre les urticaires et les lichens simplex aigus.

L'urticaire géante, tubéreuse de Hardy, est caractérisée par des élevures très saillantes de 5, 10 et même 15 centimètres de diamètre, le centre en est alors le plus souvent d'un blanc mat comme dans l'urticaire porcelaine.

Dans l'*urticaire vésiculeuse* ou *bulleuse* le processus exsudatif est tel que la sérosité désagrège les cellules de la couche de Malpighi, et que la papule congestivé de l'urticaire se surmonte d'un soulèvement vésiculeux ou bulleux, d'abord transparent, puis qui devient purulent, enfin croûteux, si le malade ne l'excorie pas. Cette forme assez rare est des plus intéressantes. Elle laisse souvent après elle des pigmentations brunâtres plus ou moins foncées, qui disparaissent peu à peu. Elle est presque toujours confondue avec les pemphigus ; elle ressemble tout à fait aux éruptions de la dermatite herpétiforme dont elle ne présente pas les localisations, le groupement, le mode d'évolution. Cependant dans les cas chroniques d'urticaire bulleuse, le diagnostic est d'autant plus difficile que la dermatite herpétiforme peut se compliquer d'urticaire; néanmoins, la nature toujours urticarienne des lésions, et la possibilité de provoquer de l'urticaire factice chez les malades, permettront le plus souvent de se prononcer.

Lorsqu'un sujet est en puissance d'urticaire, il suffit du moindre frôlement de la peau pour provoquer l'éruption; on peut donc alors, par le frottement ou le contact, en faire naître à son gré, c'est là l'*urticaire factice* dont

Digitized by Google

on se sert assez fréquemment, ainsi que nous venons de le dire, pour assurer le diagnostic.

L'urticaire peut se développer dans toutes les régions du corps, même au cuir chevelu ; dans les régions à tissu cellulaire fort lâche, comme les paupières, le prépuce, elle détermine des gonflements œdémateux (*urticaire œdémateuse de Hardy*) assez effrayante pour le malade, mais sans la moindre gravité.

Elle peut envahir aussi la cavité buccale, le pharynx, l'épiglotte ; elle s'y caractérise par de la rougeur et de l'œdème, et y détermine parfois de la gêne marquée de la respiration. On sait que l'on a décrit de l'urticaire des bronches et du tube digestif ; mais nous n'avons pas à nous occuper ici de ces localisations.

Au point de vue de la marche, il faut distinguer, ainsi que nous l'avons dit en commençant, :

1° *Les urticaires aiguës*, purement accidentelles, passagères, qui surviennent brusquement et qui disparaissent en quelques heures, en deux ou trois jours, ou qui persistent parfois jusqu'à sept ou huit jours, en évoluant par poussées successives et en se portant d'un point du corps à un autre.

2° *Les urticaires chroniques* (*U. persistans, U. recidivante*) dans lesquelles on voit les malades avoir des poussées successives parfois subintrantes d'urticaire pendant des mois et pendant des années. Ces affections sont fréquentes chez les enfants des villes, âgés de quatre ou cinq mois à trois ans au plus ; elles sont souvent chez eux la première phase du prurigo d'Hébra. Chez les adultes, elles peuvent être la première phase de la dermatite herpétiforme. Dans ces cas, le malade est couvert de papules excoriées, de traces de grattage, de pigmentations. L'insomnie peut être complète, l'état général peut devenir grave par épuisement du système nerveux et mauvais état du tube digestif.

Quoi qu'il en soit, que l'affection soit aiguë ou chronique, le grand caractère de l'élément éruptif constitutif de l'urticaire vulgaire est sa rapidité d'évolution ; il apparaît, il évolue et disparaît en quelques heures ; dans les urticaires chroniques, il se produit incessamment, ou à certaines périodes, sous l'influence de certaines causes occasionnelles, des poussées nouvelles. Parfois aussi la papule urticarienne est excoriée au sommet par les ongles du malade et le processus morbide est assez intense pour qu'il persiste pendant quelque temps à son lieu et place un petit élément papuleux et croûteux de prurigo.

Nous venons de voir que l'urticaire bulleuse pouvait laisser après elle des pigmentations ; ce phénomène s'observe également dans quelques cas fort rares d'urticaire chronique non bulleuse ; les pigmentations ne s'effacent que peu à peu. Il ne faut pas confondre ces urticaires à pigmentations consécutives avec l'urticaire pigmentée, affection spéciale caractérisée par son début dans la première enfance, et par la persistance des macules brunâtres.

Nous ne parlerons pas du diagnostic de l'urticaire ; dans l'immense majorité des cas il s'impose et nous avons déjà dit quelques mots des cas où il présente des difficultés.

Anatomie pathologique. — L'élément urticarien n'est en réalité qu'une sorte d'œdème circonscrit de la peau. Les vaisseaux superficiels du derme sont dilatés, engorgés et laissent transsuder de la sérosité et des leucocytes.

Etiologie. — Tout sujet, pour avoir de l'urticaire, doit y être prédisposé. Ceci posé, voici la nomenclature incomplète des principales causes occasionnelles qui peuvent favoriser l'apparition de l'urticaire.

A. *Agents externes.* — Le contact de substances irritantes dont les plus puissantes sont l'ortie, certains animaux marins que l'on a justement appelés ortie de mer, les parasites cutanés, tels que les puces, les punaises, les poux, les chenilles processionnaires, les cousins, etc. En présence d'une urticaire, il faut toujours commencer par chercher le parasite.

B. *Substances ingérées.* — (*Urticaria ab ingestis*) dans laquelle rentre l'*urticaria fébrilis* qui en est l'expression la plus accentuée.

a. Aliments. Parmi les aliments, nous citerons surtout la charcuterie, la sauce mayonnaise, la viande de porc fumée, le gibier, les fromages fermentés, les concombres, les poissons de mer, les crustacés, les coquillages, les moules en particulier, les huîtres, les escargots, les champignons, la farine d'avoine, les fraises, les framboises, les groseilles, les noix, les asperges, l'ail, l'oignon, les choux, la choucroute, les choux-fleurs, le melon, les glaces, le vin blanc, l'eau de seltz, le champagne, l'alcool, le café, le thé.

L'urticaire de la première enfance reconnaît fort souvent pour cause : du mauvais lait, une alimentation défectueuse de la nourrice, une alimentation solide prématurée.

b. Médicaments. La liste des médicaments qui peuvent causer de l'urticaire est fort longue : acide phénique, salicylique, amandes amères, antipyrine, arsenic, bromure, chloral, cinchonine et quinine, copahu et cubèbe, digitale, douce-amère, goudron, iodures, jusquiame, morphine et opium, santonine, térébenthine, etc.

c. Affections diverses. Citons les maladies du tube digestif telles que les dyspepsies, les gastrites chroniques, la dilatation stomacale, etc..., les maladies du foie, les kystes hydatiques, les vers intestinaux, les maladies des reins, les fièvres intermittentes, la variole, la rougeole, la scarlatine au début ; le prurigo de Hébra et la dermatite herpétiforme au début, les maladies des organes génito-urinaires, les maladies nerveuses, les maladies de la moelle en particulier, l'hystérie, le nervosisme, les émotions violentes, l'arthritisme, soit seuls, soit bien plus souvent combinés, etc...Nous ne saurions trop insister sur ce fait que ce sont les arthritiques et surtout les arthritiques nerveux qui sont atteints d'urticaires chroniques.(*Urticaire rhumatismale* de Hardy.)

(*A suivre.*)

Digitized by Google

MÉDECINE PRATIQUE

La thérapeutique dans les Congrès de 1890.

I. LE TRAITEMENT DE LA MALADIE DE BRIGHT

Insuffisance rénale. — Traitement hygiénique. — Les divers régimes lactés — Brightiques sans troubles digestifs et brightiques avec troubles digestifs. — Traitement médicamenteux. — Traitement de l'albuminurie. — Le traitement du mal de Bright en 1890.

En mettant cette question au programme du Congrès international de Berlin, les organisateurs de cette réunion n'ont pas eu, je pense, l'intention de provoquer la révélation inattendue de vérités nouvelles.

Ce résultat n'est point d'ailleurs celui que les Congrès peuvent donner, en ce temps de publicité rapide, où les inventeurs n'attendent pas trois années — cela se comprend — pour confier aux journaux ou aux Sociétés savantes les résultats de leurs recherches. C'est fort heureux pour la science et l'humanité; c'est moins favorable à l'éclat des congrès.

La pathogénie et le traitement de la maladie de Bright ont été, nul ne l'ignore, l'objet de récents travaux, en France, en Allemagne, en Angleterre et un peu partout.

Tout le monde, petit ou grand, a contribué, plus ou moins, à établir un accord de l'opinion sur la gravité de *l'insuffisance rénale* dans l'albuminurie des brightiques.

Ici nul doute et nul débat : c'est fait acquis ; l'insuffisance rénale est le péril qu'il faut, à tout prix, prévenir et combattre. Voici l'indication thérapeutique capitale à remplir, en 1890, dans le traitement du mal de Bright.

Cette insuffisance a pour conséquence — on le sait bien maintenant, et les travaux modernes ont nettement éclairé ce point — l'accumulation dans l'organisme des produits toxiques et des déchets de la nutrition, que le rein élimine mal ou n'élimine plus.

De là une *indication*, — je me répète, — *celle de prévenir ou de combattre les effets de l'insuffisance rénale.* A cet effet, les praticiens pressés font appel d'urgence aux médicaments susceptibles de favoriser l'élimination rénale en augmentant quantitativement la sécretion urinaire, c'est-à-dire aux diurétiques et à la médication hydragogue.

Cette conduite thérapeutique est pleine de bonnes intentions : c'est cependant une thérapeutique incomplète ; car, si elle favorise l'élimination des toxines, elle n'en prévient ni la production en excès, ni l'accumulation dans l'organisme.

Inutile d'insister. La doctrine et la théorie des auto-intoxications sont bien assises à l'heure actuelle, et voici qu'elles confirment à leur tour l'opinion de nos anciens déclarant que le traitement rationnel de la maladie de Bright doit être *hygiénique et préventif d'une part, médicamenteux et symptomatique d'autre part.*

Avant le Congrès de Berlin, on en était convaincu; après ses débats, on constate l'accord international des thérapeutistes sur ce point. Rien de plus, rien de moins.

Le régime des *albuminuriques* est connu. Cela me dispense de rappeler les prescriptions que les deux rapporteurs de la question au Congrès berlinois, MM. Lépine et Grainger Steward, ont pris soin de reproduire : prohibition des viandes faisandées, — tout le monde les prohibe, — rationnement des viandes fraîches pour éviter la production des toxines — chacun en admet la nécessité, — du lait, beaucoup de lait, parce que le lait, malgré sa richesse en albuminoïdes, contient peu de matériaux de déchet et possède, de plus, des vertus diurétiques. Ces vertus sont de réputation vulgaire et, j'en conviens, méritée.

Le régime lacté est donc le régime de choix et cependant ce régime n'est pas accepté par tous les brightiques. Les uns éprouvent de l'inappétence après son emploi pendant quelques jours ; les autres enfin accusent une véritable intolérance pour le lait.

Que faire ? L'embarras est grand. On a la ressource des aliments herbacés, du pain, des farineux. Voici un autre inconvénient. Il y a des susceptibilités individuelles; il y a aussi des troubles gastro-intestinaux qui modifient les conditions de la digestion et affectent diversement les brightiques... Vont-il s'adresser à d'autres aliments ? Au poisson ? Non, il ne réussit pas toujours ; quelques malades le tolèrent mal, autre susceptibilité individuelle. Et puis, en nourrissant de poisson les brightiques en insuffisance rénale, on court encore le risque d'augmenter la quantité et l'accumulation des ptomaines dans l'organisme.

Et les œufs ? C'est l'usage de poser cette question. Ils sont utiles ; mais, tout en reconnaissant leur utilité, certains thérapeutistes éprouvent des scrupules à les prescrire et redoutent, après l'ingestion de leur blanc, une abondante transsudation de l'albumine à travers le rein et l'augmentation de l'albuminurie. Voilà une cause d'erreur dans l'analyse des urines.

Autre question : quelle est l'influence des divers régimes alimentaires sur les qualités de l'urine ? On a voulu la déterminer ; mais alors on a constaté que l'urée et l'albumine varient quotidiennement, même quand le régime reste identique. C'est le motif, ou plutôt le prétexte, illégitime d'ailleurs, qu'invoquent les sceptiques de l'hygiène thérapeutique appliquée au traitement de l'albuminurie.

Cette erreur est démontrée par les recherches de M. Grainger Steward ; en voici le résumé : il soumet un albuminurique au régime suivant : viande, une livre ; pain, une livre ; pommes de terres, trois quarts de livre ; lait, deux pintes ; beurre, une once, et sucre, deux onces ; la proportion d'urée et d'albumine augmente.

Un second albuminurique observe le régime lacté intégral ; la diurèse augmente ; l'albuminurie diminue, et la quantité d'urée est stationnaire.

L'action du lait est manifeste. Ces essais confirment l'observation clinique ; et voilà que par la voie expérimentale on est conduit au régime lacté intégral, que les cliniciens bien inspirés recommandaient déjà.

En résumé, il faut distinguer entre les *albuminuriques dyspeptiques* ou menacés de le devenir et les *albuminuriques dont les fonctions digestives sont intactes.* Cette

Digitized by Google

conclusion n'a pas toujours été formulée aussi nettement. Il faut l'adopter cependant : elle satisfait aux indications.

Quand faut-il prescrire le régime lacté intégral ? Dans l'inflammation des tubuli et dans la néphrite amyloïde ; ceci pour éviter toute irritation ou pour obtenir des effets diurétiques, et, comme on l'a dit, pour « laver le rein ».

Il existe des cas — toute règle, même en thérapeutique, n'a-t-elle pas une exception ? — où l'on peut prescrire le régime lacté mixte. Dans ces cas, il s'agit de néphrites interstitielles, avec perturbations gastro-intestinales, catarrhe stomacal, menaces de troubles hépatiques et constipation.

Quel est le régime lacté mixte ? M. Steward le formule ainsi : chaque jour, 375 grammes de pain, 750 grammes de pommes de terre, 120 grammes de sucre, 30 grammes de beurre et 1 litre et demi de lait. On le voit, proscription absolue de viande et des aliments riches en ptomaïne.

Ici, toutefois, je ferai remarquer que les féculents peuvent et doivent être en partie remplacés par des légumes verts, par l'usage de purée de pois, de lentilles, de maïs, de farine de châtaignes, aliments variés dont la forme culinaire n'est point indifférente, puisqu'il s'agit de malade en imminence, sinon en puissance de troubles digestifs. A ce point de vue, les doctrines du végétarisme ont donc rendu des services à l'hygiène autant qu'à l'art culinaire.

Le thérapeutiste, on ne saurait trop le répéter, doit se préoccuper de ménager le tube digestif de l'albuminurique. De là encore les règles pour l'administration du *régime lacté intégral*. Elles ne sont pas nouvelles, soit ; on doit néanmoins les retenir. On peut les formuler ainsi :

1° Ne pas dépasser la quantité quotidienne de deux à trois litres de lait ;

2° L'administrer en mélange avec une eau gazeuse, alcaline, froide ou tiède (G. Steward) ;

3° Le faire ingérer par petites quantités à la fois :

4° Prévenir la constipation, s'il y a lieu, par l'addition de magnésie, et la diarrhée par celle d'eau de chaux ;

5° S'il y a menaces de troubles hépatiques, préférer le lait écrémé ou le petit lait, et, s'il existe de la dyspepsie, le peptoniser.

Le régime lacté intégral est sévère : il convient aux cas graves ; c'est, on me pardonnera l'expression, un régime solennel. On en atténuera donc la rigueur chaque fois qu'il sera possible de le faire, et en s'inspirant des leçons et des travaux de MM. H. Huchard, Potain, Dujardin-Beaumetz, Bouchard, en France, et d'autres à l'étranger. Ce sera un *régime lacté mitigé*, à base de lait sans doute, mais avec addition de vins légers, non sucrés, peu alcooliques, de bières légères, de viandes blanches, de fruits, de légumes, et même, pour les Anglais, de leur mets national, le pudding, que M. G. Steward et ses compatriotes n'oublient point de mentionner sur la liste des aliments tolérés. Le patriotisme anglo-saxon se montre partout, dans l'hygiène et même dans la cuisine.

Bref, MM. Lépine, Sernator, Rosenstein, Aufrecht, G. Steward et tous les congressistes berlinois, ont, avec une émouvante unanimité, ratifié l'opinion de tout le monde. Ils ne pouvaient faire ni mieux, ni autrement.

Le *traitement médicamenteux* est plus discuté ; cela s'explique en consultant la longue liste des remèdes que l'on a préconisés contre l'albuminurie. L'un des rapporteurs, M. Lépine, en a fait bonne justice.

On a tendance à prescrire les diurétiques. Il faut, se dit-on, favoriser l'élimination des toxines, nettoyer, selon l'expression de M. Steward, les tubes sécréteurs et entretenir la perméabilité du rein ; on prescrit donc les diurétiques. D'abord, on s'adresse aux simples, aux tisanes : queues de cerises, stigmates de maïs, etc. ; puis aux alcalins et aux eaux minérales.

Théoriquement les *diurétiques rénaux* devraient faire merveille ; en fait, ils échouent souvent. Pour faire uriner les brightiques, il faut tenir compte d'éléments morbides autres que la néphrite, telles la faiblesse du cœur et les modifications de l'artério-tension.

On doit donc diriger l'effort thérapeutique sur le cœur et sur les vaisseaux.

Sur le cœur : dans ce but on prescrit les préparations de digitale ou plutôt de *digitaline*. Comment ? En solution par doses élevées de un et même deux milligrammes par jour, mais à la condition de ne point répéter la dose avant un délai de plusieurs jours. Cette méthode préférée par M. Lépine, est celle que, tout dernièrement, M. H. Huchard recommandait à la Société de thérapeutique. Elle donne des résultats rapides ; mais elle a aussi l'inconvénient, j'en ai vu des exemples, de provoquer chez quelques malades les symptômes d'intoxication digitalique.

La *caféine* est exempte de cet inconvénient. Comment agit-elle ? Est-ce directement sur le rein des brightiques ? M. Lépine lui attribue « une action spécifique » sur la glande. Cette spécificité est-elle démontrée ? On se le demande.

Est-ce sur le cœur ? Avant de nier cette action cardiaque, il faudrait mettre en oubli les propriétés musculaires des médicaments de la famille des caféiques. Ici, il y aurait matière à procès ; mais à quoi bon plaider pour l'une ou pour l'autre de ces causes ? La caféine rend des services pour augmenter la diurèse chez les brightiques ; voilà ce qu'il faut retenir, et pour en obtenir cet effet therapeutique, on doit la prescrire à la dose quotidienne et massive de un gramme au moins en injections sous-cutanées.

Pour obtenir le même effet on a la ressource un peu nouvelle du *salicylate de théobromine*. Ce sel paraît un congénère du salicylate de caféine. Vaut-il mieux que lui ? En tout cas, pour obtenir des effets équivalents à ceux des sels de caféine, on le prescrira à une dose trois fois plus élevée. Ce n'est pas, je pense, une supériorité.

Quant au *strophantus* et à ses sels, M. Lépine les a condamnés. Est-ce à bon droit ? Oui. Ses collègues du Congrès de Berlin partageaient en majorité son avis. Le strophantus irrite le rein, comme la scille, et, pour cette même raison, on ne peut donc pas en recommander l'administration aux brightiques.

Digitized by Google

Le *calomel* a fait son temps, malgré la faveur récente et passagère dont il était l'objet parmi les savants de langue allemande.

Et les *iodures alcalins* ? Ce sont des médicaments vasculaires. Ils modifient la tension artérielle ; je l'ai prouvé dès 1887. M. H. Huchard a utilisé dans sa clinique cette propriété physiologique, et dans la néphrite brightique ils augmentent la diurèse ; d'abord comme *diurétiques vasculaires* , ensuite au titre d'agents de la *médication alcaline*; ils sont des médicaments précieux dans l'artério-sclérose, et bien souvent la maladie de Bright est, on le sait assez, une manifestation de l'artério-sclérose. C'est pourquoi l'iodure de sodium et non pas seulement l'iodure de potassium, comme Senator et, après lui, G. Sée semble l'admettre, est indiqué contre la néphrite interstitielle plutôt que contre la néphrite parenchymateuse, C'est pour ne pas avoir tenu compte de cette indication que l'on a enregistré des échecs. C'était à une erreur de diagnostic et non pas à l'impuissance de la médication iodurée qu'il fallait les attribuer. Tant vaut le thérapeute, tant vaut souvent le remède.

Ainsi formulé et simplifié, le traitement médicamenteux de la maladie de Bright est-il suffisant ? Faut-il, par des agents médicamenteux, essayer de réduire les pertes d'albumine par les urines? Oui, selon l'opinion ancienne ; non, selon l'avis de cliniciens plus modernes. En tout cas, à l'heure actuelle, ces agents que l'on préconise pour satisfaire à cette indication ont fait leurs preuves, — trop souvent hélas ! — négatives : tels l'ergot de seigle, le tannin, la fuschine, le perchlorure de fer. Il est certain que le drainage de l'albumine du sang par le rein est un danger ; mais il n'est pas moins certain non plus que ces moyens médicamenteux ne sont pas de ceux sur lesquels on peut faire fond.

Le perchlorure de fer est peut-être encore le moins infidèle. On l'a dit à Berlin ; on le sait ailleurs ; mais le fer a des inconvénients de connaissance classique ; c'est pourquoi, en sage prudence, on doit prévenir la constipation et les troubles gastriques, en l'associant à la glycérine et aux autres médicaments qui, à tort ou à raison, passent pour être ses correctifs.

Inutile de parler du *traitement local de l'état congestif du rein* par les révulsifs sur la région lombaire, sur celui de l'*hydropisie* ou des œdèmes par les diurétiques, préférables aux hydragogues, ou par les diuphorétiques tels que la pilocarpine, ou le drainage sous-cutané avec les tubes de Southey. Inutile de rappeler les soins classiques à donner à la peau, (frictions et bains de vapeur, dont l'action excitante est contre-indiquée par des menaces d'urémie), sur l'absence de grandes fatigues, sur les précautions à prendre contre le froid, les intempéries et les changements brusques de température ; sur les *complications hépatiques* que l'on peut combattre par les cholagogues, calomel ou pilules bleues, et sur les *états dyspeptiques* contre lesquels la poudre suivante m'a, comme à d'autres, rendu des services :

Sous-nitrate de bismuth.....	5 grammes
Bicarbonate de soude.....	8 —
Rhubarbe.....	2

Pour dix paquets ; deux par jour.

Inutile aussi d'insister sur le traitement des *troubles cardio-vasculaires*, l'emploi parfois heureux de la trinitrine et des nitrites contre l'hypertension artérielle (H. Huchard), et sur celui de la digitale ou de la caféine contre la dyspnée.

Je m'arrête. Les congressistes berlinois n'ont pas été plus loin. A quoi bon, d'ailleurs? Passer en revue le traitement des complications du brightisme serait hors de propos. Je conclus. Sous la désignation générique de mal de Bright, on réunit, à l'heure actuelle, les altérations anatomo-pathologiques des divers tissus du rein : canalicules, corpuscules de Malpighi et tissu cellulaire, c'est-à-dire les néphrites parenchymateuse, amyloïde et interstitielle.

Puis, cette conception nosologique une fois admise, on arrive plus aisément à reconnaître et à justifier l'unité du traitement hygiénique, qui, s'il n'assure point la suppression de l'albuminurie, permet de lutter contre le danger capital de l'insuffisance rénal et les menaces d'auto-intoxication.

Autrefois, on trouvait le péril dans les pertes de l'organisme en albumine. Aujourd'hui, on le place surtout dans l'imperméabilité du filtre rénal. Ces idées ont changé ; mais, à quelques différences près, l'hygiène thérapeutique et le régime du brightique n'ont point varié. Il est parfois utile de le montrer, et c'est là, je pense, le principal résultat, sinon l'unique, des débats assez pâles du Congrès berlinois.

CH. ELOY.

REVUE DES MALADIES DES PAYS CHAUDS

I. *Mortalité dans la fièvre jaune.* — II. *De la vaccination chimique comme prophylaxie de la fièvre jaune.* — III. *De la fièvre de Malte.*

I. **Mortalité dans la fièvre jaune.** — Dernièrement, le Dr Weiss a bien fait voir dans quelles erreurs on peut tomber quand on veut juger de la valeur d'un traitement par les statistiques qui ne reposent que sur un petit nombre de cas, surtout quand ceux-ci, comme il arrive la plupart du temps, sont pris au hasard et quand les observations ont été faites dans un court espace de temps. Pour procéder d'une façon vraiment scientifique, il faut recueillir les cas qu'on veut étudier non seulement pendant longtemps, mais encore pendant plusieurs épidémies successives. Il faut, en outre, noter soigneusement à quelle forme de fièvre on a eu affaire et à quelle époque le traitement a été commencé. On oublie trop ces précautions élémentaires. Aussi arrive-t-on à des résultats fantastiques qui, du reste, ne trompent pas les médecins au courant de la fièvre jaune.

Pour montrer les variations de la statistique, Weiss fait voir qu'à l'hôpital Saint-Philippe de Santiago, dans le service du Dr Cabrera, la mortalité par fièvre jaune était, en juillet 1882, de 5 0/0 seulement, tandis qu'en mai et juin de la même année elle était de 45 0/0. J'avoue que la mortalité de 5 0/0 me laisse perplexe, car

Digitized by Google

jamais je n'ai vu cette proportion heureuse atteinte dans les épidémies de fièvre jaune. La mortalité de 45 0/0 me semble même bien faible. Nos médecins de la marine s'en contenteraient, j'en suis bien sûr.

Mais passons à un sujet plus intéressant. On a fait récemment une comparaison entre les résultats obtenus par la méthode expectante et par la méthode antiseptique, dite de Sternberg. On a eu soin de prendre les malades pendant une même épidémie et autant que possible dans des conditions identiques. Or, on a obtenu le même pourcentage de mortalité, 15 0/0. Voilà qui n'est pas pour encourager les thérapeutistes forcenés. Ce résultat concorde trop bien avec ce que j'ai toujours soutenu dans mon *Traité des maladies des pays chauds*, pour qu'il ne me soit pas permis de triompher sur ce point.

Oui, la thérapeutique est absolument impuissante dans la fièvre jaune et cela se comprend quand on connaît l'anatomie pathologique de cette affection. Que peut-on faire quand le foie et surtout les reins sont complètement désorganisés. Le malade succombe forcément à l'urémie. Je crois avoir démontré le premier que les malades atteints de fièvre jaune mouraient par le *rein* plutôt que par le *foie*. Or, je crois que tout le monde admet que, dans l'urémie arrivée au dernier degré, il n'y a plus qu'à se croiser les bras. Cela vaut mieux que de tourmenter les malades sans résultat. J'ajouterai que le résultat signalé par Weiss, 15 0/0 de mortalité, n'est pas sans me laisser rêveur. Ils sont bien heureux, les médecins de Cuba, de pouvoir dresser de semblables statistiques. Au Sénégal, les choses se passent autrement. C'est par 80 et 95 0/0 que se compte la mortalité. C'est ainsi qu'en 1878, sur 23 médecins, 21 succombaient.

On sait que la méthode antiseptique dans le traitement de la fièvre jaune repose sur l'emploi du bichlorure de mercure que récemment le Dr Gibier avait cru inventer. Weiss fait observer avec raison que ce sel mercuriel produit quelquefois des hémorragies gingivales, du melœna et des convulsions semblables à celles qu'on observe dans l'épilepsie jacksonienne. De plus, les doses de 5 milligrammes à 1 centigramme sont absolument insuffisantes au point de vue de l'antisepsie. Le naphtol B, bien que beaucoup moins toxique que le bichlorure de mercure a un pouvoir antiseptique six fois plus faible et il est mal supporté par l'estomac. Weiss préfère le traitement évacuant. Il conseille, au début de la maladie, les vomitifs et les purgatifs. Les premiers ne sont pas sans danger, il faut bien le savoir. En somme, le traitement de la fièvre jaune reste encore à trouver.

II. — **La vaccination chimique dans la fièvre jaune.** — Les Drs Castaneda et Borda (de Bogota), viennent de faire des expériences sur des animaux dans le but d'établir si on peut procurer l'immunité vis-à-vis de la fièvre jaune en injectant sous la peau une certaine quantité d'urine provenant de malades atteints de vomito et contenant une substance provenant d'un microbe spécifique. Ils ont été conduits à entreprendre ces recherches par les expériences de Charrin sur la maladie pyocyanique. On sait que ce médecin a démontré que le bacille pyocyanique, introduit dans l'organisme des lapins, donne naissance à des substances qui ont la propriété de produire les mêmes effets physiologiques que le bacille lui-même. Les auteurs ci-dessus désignés se sont inspirés aussi d'un travail du Dr Carmona (de Mexico).

On sait que ce médecin a cru découvrir le microbe spécifique du vomito, tout comme D. Freire. Seulement, tandis que, pour ce dernier, le bacille de la fièvre jaune est une algue, pour Carmona, c'est un champignon *le peronospora*. Je ferai remarquer en passant, qu'il est très curieux de voir des auteurs différents trouver dans la fièvre jaune des microbes absolument dissemblables qui n'en sont pas moins, d'après leurs inventeurs, tous spécifiques et n'en donnent pas moins le vomito, quand on les injecte.

Les auteurs que nous citons ont fait des expériences avec de l'urine provenant de malades atteints de fièvre jaune. Ils l'ont employée stérilisée et non stérilisée. Un jeune médecin de Cucuta, où la fièvre jaune est endémique, est arrivé aux résultats suivants : il s'est injecté dans le deltoïde, deux centigrammes d'urine stérilisée, provenant d'un malade atteint de vomito. Cette quantité d'urine a été dissoute dans un gramme d'eau distillée. A la suite, on observa de l'altération, de l'insomnie, de la céphalalgie, de la congestion conjonctivale, une dilatation des pupilles, de la douleur dans le bras et, plus tard, dans les jambes, une aréole érythémateuse autour de la piqûre, mais il n'y eut pas d'élévation de la température. Tous ces symptômes disparurent le troisième jour.

Une seconde inoculation fut faite au niveau de la cuisse avec cinq centigrammes d'urine stérilisée dans cinquante centigrammes d'alcool faible. Il y eut, après la piqûre, un frisson intense, de la douleur dans la tête et les jambes, de la fièvre, de l'altération, du délire, une teinte jaunâtre de la peau et des conjonctives et de l'albuminurie. Au bout de trois jours, tout avait disparu. Mais il reste à savoir si le médecin vacciné s'est rendu réfractaire à la fièvre jaune. Si je cite ces expériences, c'est pour faire voir à quel point la bactériologie fait tourner la tête aux médecins. Tous ces essais de vaccination, comme prophylaxie du vomito, sont peu sérieux et ne méritent aucune confiance. Ceux qui les font sont peut-être de bonne foi, mais ils conduisent leurs expérience d'une façon si peu scientifique qu'on doit les engager à apprendre les éléments de la physiologie expérimentale et, quelquefois, du bon sens.

Digitized by Google

III. **De la fièvre de Malte.** — C'est en 1863 que Woodnard (de Natal) proposa l'expression de fièvre typho-malarienne pour les rémittentes bilieuses qui, non jugulées au début, avaient pris un type typhoïde. La fièvre typho-malarienne est due à l'action simultanée des poisons typhoïde et malarien. En général, le premier stage de la maladie appartient à la fièvre intermittente, les symptômes spéciaux de la fièvre typhoïde n'apparaissent que consécutivement. C'est ce que j'ai cherché à démontrer dans mon livre. On me pardonnera de me citer, car cet ouvrage a été tellement pillé, sans qu'on l'ait jamais avoué, qu'il ne me reste qu'à réclamer un peu plus de circonspection de la part de certains auteurs.

La fièvre typho-malarienne s'observe dans beaucoup de pays, en Italie, en Afrique, en Australie, dans l'Inde et en Amérique. Elle est relativement fréquente sur les côtes de la Méditerranée. Dans les possessions anglaises, elle est connue sous les noms de : Rock fever, Cyprus fever, Malta fever. Le docteur Gipps vient de publier une note sur la fièvre de Malte à la Société Epidémiologique de Londres.

Pour lui, la fièvre de Malte est une maladie spécifique causée par le mauvais état du port. Elle est plus fréquente dans les mois chauds, au point qu'on compte dix fois plus de cas en juillet qu'en janvier. Les équipages des vaisseaux à l'ancre dans le port pendant six mois de l'année sont bien plus atteints que les troupes à terre. Quand les soldats sont frappés, c'est qu'ils ont contracté la maladie en traversant le port (?). La fièvre de Malte diffère complètement des fièvres intermittentes si communes sur les bords de la Méditerranée. Elle ne se montre qu'à bord des vaisseaux récemment en station à Malte. La période d'incubation est de quatorze jours. Bruce a découvert un microcoque, différent de ceux qu'on trouve dans les fièvres malariennes et n'ayant aucun rapport avec le microbe de la fièvre typhoïde. Il existe en grande quantité dans les viscères et ses cultures, inoculées à un singe, ont produit, chez cet animal, la fièvre de Malte.

Gipps s'élève contre le terme de typho-malarienne que plusieurs auteurs, et je suis du nombre, ont donné à la fièvre de Malte, parce qu'on ne trouve dans les intestins aucune des lésions de la fièvre typhoïde, et qu'il n'y a pas davantage de lésions propres à la fièvre intermittente. La maladie débute par du malaise, de la céphalalgie, un lumbago violent et de la fièvre. Le premier jour, la température atteint 38°3 à 39° et même un chiffre supérieur. Il y a des vomissements et de la diarrhée. Bientôt celle-ci est remplacée par de la constipation. L'insomnie est complète, quelquefois il y a du délire nocturne. L'anorexie est absolue. Il se produit une émaciation et une anémie très marquées. La langue est humide et recouverte d'un enduit jaunâtre. La durée de la maladie varie de quelques semaines à plusieurs mois, mais, dès qu'elle a débuté, la convalescence est rapide, surtout quand le malade peut se déplacer. La mortalité ne dépasse pas deux pour cent. Quelquefois le malade succombe dans le cours de la première semaine. Dans ces cas, le foie et la *rate* sont considérablement hypertrophiés. La seule complication consiste dans l'existence d'une affection rhumatoïde des muscles, des nerfs lombo-sacrés et du périoste des tibias. Cette complication est très pénible, mais tend à la guérison spontanée, sans qu'il y ait besoin de médicaments qui sont inutiles..

Gipps n'a obtenu aucun bon résultat, dans le traitement de la fièvre de Malte, de l'aconit et des salicylates. La quinine a produit des effets détestables. L'insomnie réclame le chloral, les bromures et le sulfonal. Quand la fièvre est très forte et que la peau est sèche, l'antipyrine est très utile. La dose est de un gramme toutes les demi-heures, jusqu'à la chute de la température. La diarrhée ne demande pas de traitement. La constipation est combattue avec des lavements. Les rechutes ont fréquemment pour cause une faute dans le régime.

Je dois dire que les idées de Gipps ont rencontré de nombreux contradicteurs. Dick n'admet pas la différence que Gipps établit entre la fièvre de Malte et les autres fièvres des pays méditerranéens. Je crois, en effet, qu'on ne peut admettre que la fièvre de Malte constitue une entité morbide distincte. C'est à coup sûr une maladie infectieuse dans laquelle on a affaire à des phénomènes typhoïdes et à des symptômes de fièvre malarienne. La fièvre de Malte ressemble énormément à la fièvre de Naples, si bien décrite par Borrelli et qui est, à coup sûr, une typho-malarienne.

En admettant que la fièvre de Malte appartient à ce groupe, on comprend qu'elle peut se présenter sous divers aspects. Suivant que les symptômes typhoïdes ou paludéens prédominent, la fièvre se rapproche, soit de la fièvre intermittente, soit de la dothiénentérie. Comme les symptômes peuvent se combiner à l'infini, pour ainsi dire, on comprend que les cas de fièvre typho-malarienne peuvent différer beaucoup les uns des autres bien que, avec une attention suffisante, on arrive à découvrir entre eux un lien qui permet de rattacher la maladie à la forme qu'on décrit sous le nom général de fièvre typho-malarienne.

Cette affection exige pour son développement deux conditions bien distinctes dont l'action se combine pour produire la maladie : 1° Existence de la malaria; ou bien le malade habite un pays où celle-ci est endémique ou bien, fait beaucoup plus rare, il arrive d'un pays où il a souffert de l'intoxication paludéenne; dans les deux cas, le malade contracte la fièvre typho-malarienne sous l'influence des causes qui constituent la deuxième condition du développement de cette affection; 2° Causes pathogéniques de la fièvre typhoïde : excès, mauvaise nourriture, eau souillée, etc.

Dr F. Roux.

Digitized by Google

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

Accidents et complications de l'ovariotomie par M. le Dr J. Brasseur. — Indépendamment de la septicémie, du tétanos et de la péritonite, ces accidents se divisent en trois catégories (*Gaz. med. de Liège* 1890, n° 16).

Accidents primitifs. — 1° Les hémorragies surviennent pendant les 24 ou 48 premières heures, soit au niveau des pédicules, soit dans l'épaisseur des parois abdominales. — 2° La paralysie intestinale s'accompagne d'une véritable atonie intestinale avec ballonnement exagéré de l'abdomen, hoquets, vomissement, élévation subite de température, agitation excessive par arrêt presque complet des matières fécales et des gaz. Il suffit, pour y remédier, de donner un purgatif léger. — 3° La cystite peut se produire dans les premiers jours après l'opération.

Accidents tardifs. — 1° L'ouverture de la plaie abdominale avec issue des intestins. — 2° Des abcès sur le trajet des fils à suture. — 3° La parotidite à la suite des abcès. — 4° La péritonite chronique après des décortications très étendues.

Accidents éloignés. — 1° L'éventration apparait le plus fréquemment chez les femmes astreintes à des travaux fatigants. — 2° L'occlusion intestinale peut naître à la suite de l'étranglement produit par des brides fibreuses. — 3° Des troubles cérébraux. — 4° Des récidives. — 5° Les troubles variables, tels que vertiges, congestion de la face et du poumon. S. R.

Laparotomie dans un cas de péritonite blennorrhagique par M. le Dr T. B. Penoose. — Une négresse relevant de couches, contracte une blennorragie le 23 octobre. Trois jours après, elle accuse de la douleur abdominale et des symptômes de péritonite généralisée. (*Med. News*, 5 juillet 1890).

On pratique la laparotomie ; on trouve des adhérences péritoneales que l'on sépare ; des abcès tubaires et ovariques. On excise ces organes, on lave la cavité abdominale et on pratique son drainage. La malade guérit. Les trompes contenaient des cocci, mais non des diplocoques ou des gonocoques.

S. R.

De la cocaïne en obstétrique par M. le Dr Bousquet. — Les essais de l'auteur sont au nombre de trente-deux : dont dix cas d'accouchements laborieux avec intervention opératoire : forceps, version, basiotripsie. Aucun accident n'a été observé. Il y a eu atténuation considérable des douleurs (*Marseille médical*. 30 juillet 1890).

Dans tous les cas, la technique opératoire consistait à injecter dans chaque grande lèvre, auprès de la fourchette, cinq à dix minutes avant l'expulsion spontanée de la tête ou après l'intervention, le contenu d'une demi-seringue de Pravaz d'une solution d'hydrochlorate de cocaine au vingtième. On faisait aussi usage de tampons vaginaux cocaïnisés. M. Bousquet attribue la tolérance des accouchées pour la cocaïne à la faible dose, ne dépassant jamais vingt centigrammes et à la position horizontale qu'elles occupent après l'administration du médicament.

S. R.

MÉDECINE MILITAIRE

La pleurésie dans l'armée, par MM. les Drs Coustan et Dubrulle. — Cet important mémoire de nos deux savants confrères militaires se termine par des conclusions dont voici les principales. (*Arch. de med. militaire*, août 1890).

La pleurésie, fréquente dans les armées, frappe de préférence les jeunes soldats de 19 à 23 ans, et doit être classée au premier rang parmi les maladies des armées. La plupart des cas considérés comme guéris vont grossir le bilan ultérieur de la tuberculose, de sorte que tout homme, même guéri d'épanchement pleurétique, est perdu pour l'armé, souvent frappé de tuberculose avant sa libération ou le sera plus tard quand il appartiendra à la réserve ou à l'armée territoriale. Ces conclusions confirment donc les idées formulées par MM. Kelsch et Vaillard. S. R.

THÉRAPEUTIQUE

Du chlorolamide comme hypnotique dans l'aliénation mentale, par M. J. Kinner — L'auteur en a fait usage avec succès contre l'insomnie des maniaques ; mais, dans ce cas, le sommeil était agité. Par contre, son action hypnotique était plus complète chez les mélancoliques. (*M. Y. Méd. Record.* : 12 juillet 1890, p. 41.)

Après une dose de 1 gramme et 28 centigrammes, pouvant être élevée successivement jusqu'à 2 grammes et 30 centigrammes par jour, on n'observait aucun trouble digestif. Quand la dose est plus considérable : il y a des vomissements et du vertige. S. R.

Du traitement de l'amygdalite et de la pharyngite par le salol, par M. J. Wright. — Dans une série de vingt et un cas où ce traitement fut employé, l'amélioration des symptômes commençait après dix-sept heures et l'inflammation datait de deux jours. Dans une autre de quatorze cas, où la maladie en était au troisième jour, l'effet thérapeutique débuta après vingt-sept heures. Enfin, dans une troisième série de quinze cas, elle fut plus rapide, et se manifesta en vingt-quatre heures. (*American Journ of the Méd. sciences* : août 1890, p. 2.)

Les résultats obtenus confirment les succès obtenus par M. Gouguenheim (1), c'est-à-dire, diminution de la douleur et de la dysphagie, abaissement de l'hyperthermie, abréviation de la durée de la maladie. Pour obtenir ces résultats, il faut employer une dose quotidienne de 4 grammes de salol. S. R.

Etude thérapeutique de la phénacétine, par M. le Dr S. Garcia y Mansilla. — Notre confrère espagnol est un partisan enthousiaste de ce médicament qu'il a essayé sur les animaux et sur l'homme. (*Revista clinica de los hospitales*, n° 19, juillet 1890.)

Il en a fait usage contre la fièvre de la pleurésie, de la pneumonie, de l'érysipèle et de la dothiénentérie et comme analgésique et nervin. Il a constaté qu'elle modère l'abondance de la sécrétion urinaire et qu'elle doit être prescrite aux adultes à la dose de un demi-gramme à 1 gramme, comme antifébrile et à celle de 40 à 60 centigrammes comme analgésique. Chez les enfants, on réduira ces doses à 25 et 30 centigrammes.

On doit répéter ces doses toutes les quatre ou cinq heures.

La phénacétine s'élimine par les reins et sa présence est révélée dans les urines au moyen des solutions de sulfate de cuivre. S. R.

Traitement de l'uréthrite antérieure récente, par M. J.-N. White. — Après avoir fait usage des antiseptiques à l'intérieur dans vingt-cinq cas, l'auteur formule les conclusions suivantes. (*Philadelphia Med. News*, 14 juin 1890)

L'emploi des injections antiseptiques ne donne que des résultats pratiques étant donnée la difficulté d'atteindre les gonocoques sur tous les points de la muqueuse uréthrale. Il faut donc employer des antiseptiques susceptibles de s'éliminer par les urines et par la muqueuse. Le solol, associé au copahu et au cubèbe possède la propriété de rendre l'urine aseptique, peut-être même antiseptique et diminue la fréquence des complications. C'est donc une méthode thérapeutique à essayer, non seulement contre l'uréthrite, mais comme traitement préparatoire des opérations sur les organes génito-urinaires ou bien après ces opérations. S. R.

(1) Voir *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1889.

Digitized by Google

REVUE DES THÈSES

Traitement antiseptique des abcès chauds, par M. le Dr R. Garnier. (*Thèse de Paris*, 1890.)

La méthode que l'auteur recommande et décrit est celle de M. Lucas Championnière. En voici les règles :

1° Se soumettre aux précautions antiseptiques les plus sévères : propreté des instruments et des mains, préparation antiseptique de la région ;

2° Incision au bistouri : longue, dût-on la rétrécir par un point de suture quand la région le permet ; limiter le plus possible dans les régions où une déformation matricielle serait à craindre ;

3° Vider complétement la poche et ces diverticules par des pressions douces et continues. Injections antiseptiques dans la cavité, de façon à imprégner les tissus avec la substance antiseptique. M. Championnière emploie l'eau phéniquée forte, s'il ne redoute point une intoxication, sinon il fait usage de la solution de chlorure de zinc au douzième, mais en raison de la douleur qu'elle produit, on doit la réserver pour les petites surfaces ;

4° Suturer l'incision : drainer la cavité ;

5° Pansement antiseptique, disposé pour favoriser l'accolement des parois. On l'assujettira convenablement et on le renouvellera tous les trois ou quatre jours. Pendant les pansements recouvrir la plaie par une compresse antiseptique. Retirer le drain après le premier, le second et le troisième pansement.

Ce pansement se compose :

1° D'une ou deux compresses de gaze iodoformée ;

2° De sachets de tarlatane, contenant une poudre antiseptique et absorbante ; benjoin, iodoforme, quinquina, carbonate de magnésie,

3° Un imperméable, surtout quand on redoute un épanchement séreux abondant ;

4° Quelques plaques d'ouate de tourbe et une bande.

M. Lucas Championnière applique la poudre antiseptique directement sur la plaie quand celle-ci est voisine des orifices naturels : abcès de la fosse ischiorectale et phlegmons maxillaires, etc. S. R.

Contribution à l'étude des psorospermoses cutanées et de certaines formes de cancer, par M. le Dr L. Wickham, (*Thèse de Paris*, 1890.)

Quoique traitant d'un sujet limité appartenant à la fois à la dermatologie et à la chirurgie, cette thèse est une contribution importante à la pathogénie du cancer en général, par les idées et les faits contenus dans le deuxième chapitre de l'étude pathogénique.

Jusqu'ici, on considérait la maladie de Paget comme une affection spéciale, qui débutait par un eczéma du mamelon et se terminait par un épithélioma qui, de la peau, gagnait la glande, sans attacher à cet épithélioma une autre importance. L'examen approfondi des squames et des coupes de peau, montra dans celles-ci des corps arrondis, dont les caractères se rapprochaient des caccidies trouvées d'abord par M. Darier dans un cas singulier de dermatose plus ou moins généralisée chez un malade du service de M. Besnier, à Saint-Louis, et classée comme psorospermose folliculaire végétante. De ce résultat histologique découle la conclusion que la maladie de Paget est une psorospermose cutanée, comme la psorospermose hépatique du lapin.

L'intérêt grandit quand les globes épidermiques de l'épithélioma cutané vulgaire, montrent dans leur intérieur les mêmes parasites et de là à penser qu'il pourrait en être ainsi dans les cancers, il n'y a qu'un pas.

Ces recherches n'ont pas qu'un intérêt spéculatif ; leur portée pratique, si elles sont confirmées, ne manque pas d'être grande. En effet, du jour où le cancer sera prouvé être le résultat de l'irritation provoquée par un parasite, du jour où l'on pourra atteindre le parasite on sera bien prêt d'avoir trouvé la guérison et la prophylaxie du cancer. Une tentative de ce genre faite par M. Darier semble être encourageante ; elle consiste à cautériser les parties eczémateuses avec du chlorure de zinc à 1/3, et à appliquer ensuite l'emplâtre de Vigo, alternativement avec la pommade à l'iodoforme au 1/20.

Des planches annexées à cette thèse permettent de se rendre compte de l'exactitude des descriptions. H. G.

De l'érysipèle dans les maladies du foie, par M. le Dr Roulet (*Thèse de Paris*, 1890).

L'érysipèle, survenant dans le cours d'une affection du foie, a peu attiré l'attention, sans doute, parce qu'il semble le type de l'érysipèle spontané. M. Gilbert a montré les rapports existant entre ces deux affections. Les hépatiques sont prédisposés à l'érysipèle par la débilité que la maladie imprime à leur constitution : accumulation dans l'organisme des produits excrémentitiels du foie, imprégnation de la peau par les pigments biliaires, fermentations intestinales plus intenses par l'absence de bile. La porte d'entrée du microbe spécifique se fait par une érosion de la muqueuse pituitaire, après une épistaxis, d'où la fréquence plus grande de l'érysipèle de la face chez ces malades. Cet érysipèle va dès lors prendre une gravité exceptionnelle, soit par l'intensité des phénomènes inflammatoires, ou l'apparition de phlegmons, soit que la maladie du foie prenne une allure plus vive et plus rapide. La mort est donc la terminaison la plus fréquente de l'affection hépatique compliquée d'érysipèle.

H. M.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MÉDECINE

I. **Quelques formules contre la cystite.** — Elles empruntent leurs vertus à l'acide benzoique et au bicarbonate de soude. On peut les formuler ainsi :

Potions contre la cystite :

Acide benzoique.....	1 à 3	grammes.
Glycérine.....	6	—
Sirop simple.....	60	—

Une cuillerée à café de deux en deux heures.

Ou bien :

Borate de soude.....	5	grammes.
Sirop de framboises.....	30	—
Eau distillée de laitue.... }	à à 60	grammes.
Eau distillée de tilleul.... }		

Une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Tisane contre la cystite aiguë. — Recommandée par Woodburg, elle consiste à ingérer, toutes les deux heures, la préparation suivante :

Infusion d'uva ursi....	120	grammes.
Bicarbonate de soude.	0 50	centigrammes.

Continuer l'usage du remède jusqu'à diminution de l'inflammation et des sensations douloureuses.

MALADIES DES ENFANTS

II. **Un purgatif pour les enfants.** — Ce mode d'administration est usité aux Etat-Unis et conseillé par Smith.

On administre par cuillerées à café la potion suivante, qui aurait l'avantage d'être assez bien acceptée des malades.

Digitized by Google

Glycérine ..... 5 grammes.
Huile de cinnamome..... VI gouttes.
Triturez et ajoutez :
Huile de ricin..... .. 30 grammes.

S. R.

REVUE CRITIQUE DES CONGRÈS

Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences

Session de Limoges (1)

Obstétrique. **Ergot de seigle et asepsie obstétricale.** — Il y a beau temps que Pejot a fait le procès de l'ergot de seigle. Mme Gaches Surrente le continue et proscrit cet ocytocique non seulement avant, mais encore après l'accouchement.

Pourquoi? Parce que son emploi est un obstacle à l'élimination des lochies et des caillots — il est donc nuisible — parce qu'il n'est pas indispensable pour arrêter les hémorragies, l'antisepsie seule suffisant pour obtenir ce résultat; il est donc inutile.

Mme Gaches Surrente procède donc ainsi : après la délivrance, une injection intra-utérine avec l'eau stérilisée par l'ébullition; nettoyage de la cavité utérine avec les doigts dont les ongles sont courts. L'injection doit être abondante, dix à quinze litres, et continuée jusqu'à ce que l'eau sorte absolument pure. L'utérus ainsi nettoyé et curé, il n'y a point d'hémorragie, point d'infection et pas d'affections utérines ultérieures. Bref, c'est de l'asepsie, et l'auteur de ce procédé obéit ainsi aux tendances chirurgicales actuelles, qui sont de substituer l'asepsie et la propreté parfaite à l'emploi des agents antiseptiques.

Chirurgie. — I. **Des formes de la gangrène traumatique gazeuse.** — Les faits cliniques, et M. Chapplain en rapporte deux, démontrent que la gangrène traumatique gazeuse peut revêtir une double forme dans sa marche, sa pathogénie et ses symptômes.

En voici la preuve : un blessé est atteint de septicémie gazeuse suraiguë qui provoque la mort en vingt-quatre heures, c'est la *forme foudroyante* et classique et les gaz étant contenus dans le tissu cellulaire, leur expansion n'est point censitée.

Un autre blessé succombe après six jours. C'est la *forme lente* et exceptionnelle. L'infiltration gazeuse se produit lentement, envahissant les vaisseaux, circulant avec le sang et trouvant un émonctoire dans le parenchyme pulmonaire.

Pour M. Chapplain, le pronostic de l'une et de l'autre forme est différent. La forme foudroyante est fatalement mortelle et contre elle l'intervention thérapeutique inutile. Dans la forme lente, on peut intervenir et il estime que l'amputation peut arrêter le processus morbide. Enfin autre considération, il se demande si on ne serait pas autorisé à comparer la gangrène foudroyante à la septicéme gazeuse des souris et la forme lente à la pustule maligne? Autant de questions qu'il serait intéressant de soumettre à l'expérimentation.

II. **Un cas de tumeur gazeuse cervicale.** — Ce cas est rare, à coup sûr. M. Lemaistre (de Limoges) l'a observé sur un enfant de trois ans. La tumeur débuta dans le cours d'une coqueluche au niveau du triangle sus-claviculaire gauche, et en trois mois atteignit le volume d'un œuf de dinde. Elle augmentait pendant l'expiration, diminuait pendant l'inspiration et était réductible. C'était donc un aérocèle.

Une contusion accidentelle de cette tumeur en a provoqué l'inflammation et la diminution. Avant d'intervenir, M. Lemaistre est donc décidé à attendre. Il essayera plus tard la compression et, s'il y a lieu, la cure radicale par suture de la fissure trachéale.

(1) Suite : Voir n° 33, p. 531.

III. **Kyste dermoïde de la nuque.** — Là encore, il s'agit d'une tumeur exceptionnelle, siégeant sur la nuque, du volume d'une noix et accompagnée de douleurs, de troubles visuels et de vertiges.

M. Delotte (Limoges) l'opéra comme un kyste sébacés et les accidents disparurent. On crut à la guérison. Il n'en était rien. Quelques mois après, formation d'un abcès; on l'incise, il sort de la matière sébacée et du pus, qu'un effort de toux expulse violemment. Drainage et guérison.

Il s'agissait d'un kyste en communication à travers l'occipital avec une poche sous menningée. M. Delotte compare l'étiologie à celle des kystes dermoides de la région frontale. La kyste superficiel était un diverticule de la poche située sous l'occipital et l'origine de la tumeur produite par inclusion, remontait, d'après notre estimé confrère limousin, à l'époque de la soudure de l'occipital. De là, sans nul doute, les accidents douloureux produits par compression des centres nerveux, et dont l'existence peut dans des cas analogues mettre le clinicien sur la voie du diagnostic.

IV. **De la tarsectomie dans un cas de pied bot varus.** — Il s'agit encore d'une présentation. Le malade, un garçon de quinze ans et demi, ayant un pied bot varus accidentel, M. Chéneux pratique l'ablation de l'astragale qui était luxée en dehors; réséqua la partie antérieure de la portion trochleenne, de l'extrémité antérieure du calcaneum, et d'une partie du cuboïde. Le tendon d'Achille fut saturé ainsi que l'aponévrose plantarie. Guérison et finalement redressement du pied et marche facile.

Cette ablation partielle des os du tarse a suffi pour obtenir ce résultat sans diminuer la hauteur du pied. C'est donc un succès qui fait le plus grand honneur à l'habileté chirurgicale de notre distingué confrère.

V. **Du lieu d'élection des phlegmons peri-amygdaliens.** — On sait que le pus de ces phlegmons se collecte à la partie supérieure de la loge amygdalienne, refoulant la glande en bas et en dedans. S'ils s'ouvrent spontanément, c'est en fusant en bas et en arrière ou bien à travers le pilier antérieur dans un écartement que le doigt peut sentir.

M. Lemaistre qui recommande leur ouverture précoce, estime que le doigt devra chercher ce point spécial situé à environ un demi-centimètre du bord interne du pilier et comme la sensation d'une boutonnière.

C'est le *lieu d'election* de l'incision, mais cette incision doit être profonde pour conduire dans la cavité purulente. Ce procédé dont l'emploi est motivé par des considérations anatomiques précises, mérite donc d'être mis à l'essai.

VI. **Antisepsie ou asepsie chirurgicale.** — Une grave question que Lister vient de résoudre en faveur des antiseptiques nouveaux au Congrès de Berlin (1), mais que Bergmann et d'autres résolvent dans le sens de l'asepsie.

M. Terrier est d'une opinion moins radicale. L'antisepsie est, dit-il, de rigueur quand le sujet est infecté ; l'asepsie suffit dans le cas contraire. D'ailleurs, l'estimé chirurgien de l'hôpital Bichat combine les deux méthodes ; abandonne le spray, se contente de faire pulvériser de l'eau stérilisée dans la chambre d'opération, emploie exclusivement le bichlorure de mercure en solution au millième ou au demi-millième, prépare les éponges par la méthode de la Salpêtrière, et fait usage de la soie stérilisée et antiseptisée dans la même solution mercurielle.

L'asepsie des instruments, sauf les bistouris, est obtenue par la chaleur sèche de l'étuve. Les bistouris passés au chloroforme sont soumis à l'action de l'eau stérilisée et bouillante ; les compresses et le linge passés dans l'autoclave à une température de 120 degrés.

(1) Voir *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique* n° 33, 1890.

Digitized by Google

Enfin le pansement est pratiqué avec la ouate stérilisée à l'étuve. On le voit, les tendances de M. Terrier sont d'employer le plus rarement possible les antiseptiques et de simplifier l'asepsie. C'est une pratique que les succès opératoires justifient et qui fait honneur à notre savant confrère.

(*A suivre.*)

Dixième Congrès international des sciences médicales (1)

Tenu à Berlin du 4 au 9 août

VI. **La cirrhose du foie.** — Des deux communications qui ont été lues à la section de médecine, l'une est relative à la cirrhose hypertrophique, l'autre à la cirrhose atrophique.

La *cirrhose hypertrophique* (augmentation du volume du foie avec ictère) est-elle une maladie spéciale du foie? Oui, selon les uns. Est-elle la première phase de la cirrhose atrophique? Oui, pour les autres. Bref, il y a matière à débat, et M. Rosenstein (de Leyde) prend position dans cette discussion assez banale, d'ailleurs, depuis si longtemps qu'elle est ouverte.

Il interroge l'histologie? Pas de différences anatomiques essentielles. Il s'adresse à la séméiologie? Ici, il trouve des différences.

La forme *atrophique* ne débute pas par une augmentation du volume du foie, mais par la stase veineuse et l'hypermégalie.

La forme *hypertrophique* ne débute pas par ces troubles circulatoires, mais par l'ictère, et cet ictère, répond M. Litten, si important pour le diagnostic, est absolument constant — « une fois au moins dans le cours de la maladie, on a dû l'observer ».

Pourquoi ces différences? M. Rosenstein les trouve dans le processus anatomo-pathologique de la maladie. Dans la cirrhose hypertrophique, il y a d'abord de la polycholie, la prolifération conjonctive étranglant les canaux biliaires et amenant la rétention de la bile avec l'ictère; dans la cirrhose atrophique, le parenchyme hépatique étant primitivement détruit et remplacé plus tard par du tissu conjonctif. C'est pourquoi, raisonnant par analogie, on a pu dire et M. Rosenstein a pu répéter : la cirrhose atrophique correspond à la néphrite interstitielle atrophique primitive, et la cirrhose hypertrophique à la néphrite interstitielle secondaire.

Tout cela n'est pas inédit, je pense, et M. Rosenstein, en formulant ces conclusions, n'a voulu, sans doute, que confirmer à Berlin ce que d'autres professent ailleurs.

Parmi les conséquences des altérations anatomiques de la cirrhose, il en est une qui montre bien le trouble profond de la circulation veineuse et fournit un symptôme trop peu étudié, d'après M. Litten : *les hémorragies stomacales de la cirrhose hépatique.*

Ces gastrorragies sont fréquentes, abondantes, répétées, et dues à des varices de l'œsophage. M. Litten a pu le constater dans sept autopsies; des médecins français l'avaient aussi constaté; au congrès de l'Association médicale britannique, on vient de le constater également; enfin, M. Trier (de Copenhague) et son assistant, M. Blaumer, ont fait encore la même constatation. Ces hémorragies se produisent dans la partie inférieure de l'œsophage, c'est-à-dire sur la région de la muqueuse qui est irriguée par la veine azygos.

On le voit, ce phénomène est donc bien un effet des troubles circulatoires veineux par compression dans la cirrhose. Ils ont une origine mécanique.

VII. **La maladie du lait** (*Milk sickness*). — Une affection moins banale, du moins pour nous autres Européens, qui ne l'observons jamais, est la maladie du lait, dont M. Kimmell a entretenu les congressistes.

C'est une affection singulière, qui se développe de temps en temps dans certaines localités du Kentucky, du Tennessee, de l'Ohio et de l'Iowa, et en particulier dans les contrées que l'on vient de défricher.

Les herbivores et surtout les vaches qui consomment l'herbe des lieux infectés, tremblent de tous leurs membres et succombent souvent; mais ces accidents ne se produisent jamais tant que la lactation persiste, de sorte que, de l'avis de M. Kimmell, on doit admettre l'origine microbienne de cette affection et l'élimination des bactéries par la sécrétion lactée.

L'homme qui consomme ce lait présente les phénomènes morbides suivants : au début, fatigue, langueur, anorexie, nausées, vomissements, soif, constipation, mais point de fièvre; plus tard, état adynamique, fuliginosités linguales, vomissements, constipation plus opiniâtre encore; enfin, à une période plus avancée qui parfois précède la mort : adynamie absolue, impossibilité de mouvoir les membres; les paupières, immobiles, sont demi-ouvertes; il y a du coma. La durée de la maladie varie entre cinq et vingt jours, suivant la gravité des cas. Quelle qu'en soit l'issue, la convalescence est difficile et longue.

Le traitement le plus efficace consiste dans l'emploi de l'alcool et des stimulants. Quant à la nature de cette affection, malgré l'opinion de M. Kimmel, elle est encore à trouver. Il était désirable que les compatriotes de ce savant fissent connaître aussi leur opinion. Ils ne l'ont pas fait, malgré leur présence et leur nombre à Berlin, de sorte qu'avant comme après ce Congrès, on ignore la nature et la pathogénie de cette affection.

VIII. **De l'hystérie nasale.** — On localise un peu partout les zones hystérogènes. La muqueuse nasale possède aussi le privilège que l'on a volontiers attribué aux ovaires, et M. Marcel (de Bucarest) a voulu le prouver aux congressistes berlinois par l'observation d'une jeune femme dont l'hystérie guérit après l'ablation d'un polype nasal. Elle avait donc dans le nez la cause de ses attaques hystériques; éprouvant du picotement de la narine et une sensation douloureuse au niveau du sourcil gauche qui se propageait vers le cou, il y provoquait une sorte de strangulation.

Bref, c'est un cas d'hystérie réflexe, et vraiment, en le signalant, il est inutile, je pense, après M. Marcel, d'interroger l'histoire ancienne et contemporaine pour découvrir un exemple semblable. Quand il s'agit d'hystérie et de réflexe, tout est possible; il y a beau temps qu'on ne l'ignore plus.

IX. **Des folies nicotiniques.** — Comme d'autres poisons, la nicotine provoque des psychoses toxiques. M. Kjelberg (d'Upsal) les a observés surtout chez les chiqueurs, l'usage de chiquer étant commun dans les pays du Nord.

La *période prodromique* de cette folie est caractérisée par l'inquiétude, l'angoisse, la mélancolie, les hallucinations, les impulsions au suicide, l'insomnie, les douleurs cardiaques et les troubles de l'appétit. Plus tard, après cinq ou six mois, vient une *période d'état*, durant laquelle le calme alterne avec l'excitation.

Enfin, troisième phase, la *convalescence*. Elle est longue; la stupeur persiste, les crises de dépression se multiplient.

Quant au traitement, M. Kjelberg s'y arrête peu. Il n'éprouve qu'une confiance médiocre dans l'emploi des agents médicamenteux, ce qui s'explique, et déclare, ce qui se comprend tout autant, que la suppression de l'usage du tabac et l'hygiène sont les facteurs thérapeutiques sur lesquels on doit compter le plus.

K. D.

Maladies des enfants. — I. **L'antipyrèse chez les enfants** a fait le sujet d'un premier rapport du Dr Ashby qui étudie méthodiquement les bains, puis les substances médicamenteuses, antipyrine, antifebrine, phénacétine.

(1) Suite, voir n° 34, p. 549.

Digitized by Google

Les bains froids, les bains tièdes, avec compresses froides sur la tête agissent comme antithermiques et abaissent quelque temps après la sortie de l'eau la température d'une façon sûre, en facilitant l'apopoïèse en calmant et en tonifiant le système nerveux; mais l'effet n'a qu'une courte durée.

Les antipyrétiques chimiques empêchent la chaleur de se produire, mais l'action du médicament porte sur le cœur et sur le système nerveux central.

De la discussion qui a suivi est résulté un accord presque unanime pour engager à la plus grande réserve dans l'emploi des corps chimiques. Henoch a vu des cas de collapsus dans la fièvre typhoïde et s'en tient au bain à 32° avec compresses froides sur la tête. C'est à cet avis que se rangent Jacobi (New-York), Ranchfuss (Saint-Pétersbourg). Soltmann (de Breslau) ne s'écarte que légèrement de l'opinion précédente. Dans les cas d'intensité moyenne, à infection mitigée, il croit qu'on peut ne pas refuser au malade le bien-être que lui procure l'administration de doses modérées d'antipyrine, d'antifébrine ou autres. Plus radical se montre Seibert (New-York) il veut qu'on s'en tienne à un régime sévère consistant surtout à beaucoup faire boire le petit malade, à tenir le corps, la bouche dans un état parfait d'asepsie ou d'antisepsie. Comme médicament, il indique seulement la digitale.

En résumé, malgré quelques variantes, la conclusion des débats est celle-ci : le moins possible de médicaments, des bains, de l'antisepsie.

Il est curieux de se reporter aux conclusions de la conférence faite en séance générale le 9 août, par Arnaldo Cantani (Naples), conclusions en harmonie avec les précédentes. Du reste l'auteur préconise contre l'hyperthermie l'abondance des boissons froides ou glacées (5 à 6, même 8 litres, 1 fois 14 litres) et les lavements avec des solutions antiseptiques, à très basse température de 2 ou 3 litres.

Nous sommes heureux de voir qu'on a mis une sourdine à l'engouement pour les antipyrétiques industriels.

II. **De l'organisation des établissements d'enfants trouvés.** — M. Epstein a résumé l'historique dans les divers pays en traitant même le côté administratif. M. H. Gillet a indiqué au nom de M. le Dr Severtre le fonctionnement du service médical de l'hospice des enfants assistés à Paris en montrant le principe dominant : garder les enfants le moins longtemps à Paris, les envoyer en nourrice le plus tôt possible, cependant soigner à l'hospice les débiles et les malades et veiller à ne pas disséminer les maladies contagieuses en dispersant les enfants trop tôt.

III. **Tubage du larynx.** — Cette grosse question a été discutée en commun avec la section de laryngologie, les rapporteurs O'Dwyer et Ranks ont montré à l'aide de résultats statistiques l'avantage de cette méthode dont la paternité revient à Bouchut, qui l'a proposée dès 1858.

Outre les discussions, on a montré les différents instruments que chaque auteur a imaginés. C'est surtout d'Amérique que nous revient cette méthode que nous n'avons pas voulu accepter en France.

Bouchut emploie des tubes métalliques de 2 à 4 cent. selon l'âge, n'atteignant pas la trachée, offrant un bourrelet à leur partie moyenne. Un fil sortant par la commissure latérale permet l'extraction. L'introduction se fait à l'aide d'un mandrin en forme de sonde d'homme, sur le doigt muni d'un anneau protecteur.

O'Dwyer, après s'être servi de tubes en métal, plus longs, renflés au milieu, élargis à la tête, préfère aujourd'hui les tubes en caoutchouc durci. Il les introduit vissés sur un mandrin, et munis d'un fil pour les retirer, s'ils sont mis dans l'œsophage. Une pince spéciale, à mors divergeant, sert à enlever l'appareil. Un baillon facilite l'ouverture de la bouche. Aujourd'hui, l'anesthésie à la cocaïne facilite la manœuvre.

Le tubage a sur la trachéotomie des avantages : pas d'opération sanglante, pas d'hémorragie, pas de plaie à guérir, pas de cicatrice après l'ablation du tube.

On lui reproche, entre autres choses, de compromettre et d'ulcérer le larynx, de provoquer l'œdème de la glotte, ce qui a été observé; mais, somme toute, l'opération mérite qu'on l'essaie; on pourrait même dire que l'essai est fait et que nous n'avons qu'à suivre l'exemple. Bien entendu, il ne faut pas exagérer, il y a des cas où le tubage ne réussit pas, lorsque la sténose, lorsque la fausse membrane est plus basse que le larynx.

IV. **Stérilisation du lait.** — Depuis quelque temps on s'occupe beaucoup de la stérilisation du lait; depuis Saxhlet on a modifié les appareils. Ce sont ces modifications que sont venus montrer MM. Seibert et Escherich. Ces différents modèles étaient, du reste, groupés, à côté des fours plus grands, dans la classe d'hygiène de l'Exposition, sous le n° 743, par les soins de l'institut hygiénique de l'Université royale de Breslau. Tous se composent de petites bouteilles pour chaque têtée et d'une marmite à faire bouillir le lait au bain-marie. Toute cette ferblanterie a du bon, mais elle est encore trop compliquée. Du reste, si nous semblons en retard sur nos voisins, la raison en est simple : nous pouvons, du moins à Paris, nous procurer du lait de chèvre et d'ânesse, même de vache, dans certains quartiers, tout frais, deux et trois fois par jour, le plus souvent trait devant notre porte ! Cela vaut mieux que toute la stérilisation, à la condition que les récipients, bien propres, bouillis, soient tenus fermés et au frais, pendant le peu d'heures qu'ils contiennent le liquide.

On s'est occupé de la digestion chez le nourrisson, digestion pancréatique (1), digestion stomacale. Pour cette dernière, Heubner (Leipzig) conclut à la présence tardive de l'acide chlorhydrique, pas avant 3/4 d'heure; l'acide lactique ne sert pas à la digestion stomacale.

M. Epstein a obtenu les mêmes résultats, dans un cas de dyspepsie aiguë il y a eu augmentation de l'acide chlorhydrique; en général, celui-ci apparaît tard.

V. **Une épidémie de paralysie infantile.** — M. O. Médine (Stockholm) relate une épidémie de 44 cas de paralysie infantile qui a surtout sévi en août et septembre 1887, et dans laquelle il a observé, à côté de la poliomyélite antérieure aiguë avec paralysie plus ou moins complète des extrémités, des paralysies portant sur le nerf facial, le nerf oculo-moteur, l'hypoglosse, le spinal, le pneumogastrique, le trijumeau, les nerfs périphérique (polinévrite).

Cordier (de Lyon) avait déjà signalé des faits semblables.

Henoch pense qu'il ne s'agit pas de paralysie infantile, mais d'autre chose; Soltmann (Breslau) pense à des degrés différents d'infection.

VI. **La prophylaxie de la diphtérie** a occupé la section de maladies des enfants et celle d'hygiène.

Caillé (New-York) insiste sur la désinfection rigoureuse.

A la section d'hygiène, la question faisait le sujet de deux rapports, l'un de Lœffler (Greifswald), l'autre de Roux (Paris).

M. Lœffler préconise d'abord d'*isoler* les malades dans des chambres avec le moins de meubles possible, condition difficile en ville; aussi serait-il à souhaiter que tous les diphtériques fussent apportés dans des *hôpitaux spéciaux*.

Il demande la désinfection à l'étuve sous pression, de tous les effets, linge, etc.

Le bacille vit longtemps sur les muqueuses; il faut donc ne recevoir les enfants convalescents à l'école qu'après quatre semaines, et, mieux, après l'examen bactériologique fait d'une façon obligatoire, car la conservation dans les fausses membranes peut durer jusqu'à seize semaines.

(1) Voir H. Gillet, (*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 6 août 1890).

Digitized by Google

Le bacille aime les milieux humides, d'où la fréquence de la maladies dans les habitations humides.

Il ne croit pas à l'identité de la diphtérie animale et de la diphterie humaine.

Le développement de la diphtérie n'exige pas la lésion préalable de la muqueuse.

En temps d'épidémie on fera nettoyer la bouche des enfants avec le sublimé 1|10 et les eaux dentifrices.

Le maximum de la morbidité atteint la région entre l'Ems et l'Oder, le Schleswig-Holstein, les côtes à Tromsa. centre de petits pêcheurs, ce qui indique de surveiller les agglomérations.

Le *contage* provenant de l'expuition du malade se disperse *dans l'air* ou se dépose *sur les habits* des intermédiaires.

On prescrira le nettoyage soigneux du sol, des murs et on les sèchera. Tout le reste sera passé à l'eau bouillante ou à la vapeur surchauffée.

M. Roux, co-rapporteur sur cette question, formule les conclusions suivantes :

1° Porter son *diagnostic le plus tôt possible*; le meilleur moyen est de faire la recherche bactériologique, qui est facile.

2° Le *virus diphthérique persiste longtemps* dans *la bouche* : *nettoyer*; celle-ci doit être antiseptique avant de rendre les sujets à la vie commune.

3° A l'état de siccité et à l'obscurité, le bacille diphtérique se conserve longtemps. On doit faire bouillir, ou mieux passer à l'*étuve* tout ce qui a été en contact avec les diphtériques, linges, couvertures, avant de les envoyer au blanchissage.

Les logements qu'ont habités les diphtériques, et les voitures qui les ont transportés doivent être désinfectés.

Lors des visites des parents, dans les hôpitaux, il faut leur faire revêtir une *blouse* et *désinfecter* la figure et les mains.

Dans les écoles on devra examiner fréquemment la gorge, s'il y a eu des cas de diphtérie.

4° Dans les angines rubéoliques, scarlatineuses, ne pas manquer de faire l'antisepsie de la bouche.

En résumé, la vitalité du contage diphtérique est grande, il se conserve sec à l'obscurité, il germe facilement à l'humidité et persiste longtemps. Il se propage par l'air, par les vêtements du malade ou d'un tiers. Les mesures préventives consistent donc : 1° dans l'*antisepsie* de la bouche, les lavages des mains, 2° l'*étuvage* des linges, vêtements mêmes seulement suspects. Ces *mesures* sont *obligatoires*, par la loi, *en Allemagne*. H. G.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES

(*Séance du* 18 *août* 1890)

Présidence de M. Descloizeaux.

Vaccination et traitement de la tuberculose. — MM. Grancher et H. Martin ont fait déposer, le 19 novembre 1889, sur le bureau de l'Académie de médecine, un pli cacheté relatif à cette question, que M. Koch a traitée récemment au Congrès de Berlin.

C'est donc pour assurer la priorité de leurs travaux que MM. Grancher et Martin font connaître leurs recherches.

Dans toutes leurs expériences, ils ont choisi le lapin, et, comme voie d'inoculation, l'injection intraveineuse, parce qu'on obtient ainsi une tuberculose qui tue dans un temps court et à peu près fixe, avec des lésions constantes du foie, de la rate et du poumon. La tuberculose, ainsi conférée étant toujours mortelle, il y a là une base solide, pour apprécier exactement les résultats positifs ou négatifs d'une méthode quelconque, tendant à confirmer l'état réfractaire ou à guérir après infection.

En ce qui touche le traitement de la tuberculose expérimentale après infection, on procédait ainsi : lapins traités et lapins témoins étaient inoculés dans la veine de l'oreille avec la même quantité d'une culture virulente délayée dans un peu d'eau stérilisée. Le poids de chaque animal était pris chaque jour, et guidait dans l'application du traitement.

Dans ces deux dernières années, MM. Grancher et H. Martin ont expérimenté sur 42 lapins, dont 15 témoins et 25 traités en diverses séries. Les résultats obtenus sont d'une manière générale, conformes à ceux de la série suivante, où le traitement a été efficace chez *tous* les lapins traités. Le 31 décembre 1889, 7 lapins reçoivent dans la veine de l'oreille la même quantité d'une culture très virulente. Le lapin témoin meurt le 23 janvier, 23 jours après l'inoculation, 5 des lapins traités ont vécu 126, 176, 176, 184 et 189 jours. Le sixième est encore vivant 229 jours après l'inoculation. L'autopsie a été presque négative, n'a révélé *aucun bacille tuberculeux* et à peine quelques cellules embryonnaires, trace du processus tuberculeux en voie de guérison.

Voici maintenant de quelle façon MM. Grancher et Martin procèdent, en ce qui touche la *vaccination* contre la tuberculose expérimentale.

Ils s'appliquent à obtenir des virulences graduées jusqu'à la perte même de la virulence, et, quoique cette échelle n'ait rien de mathématique, elle est suffisante toutefois, affirme M. Grancher, pour être utilisée à peu près comme le sont les moelles déssechées dans la méthode de M. Pasteur, pour le traitement de la rage.

M. Grancher désigne sous le nom de virulence n° 1 les cultures les plus virulentes de sa série, qui tuent le lapin par injections intraveineuses en quinze jours ou en un mois. Les virulences n°s 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 et 10 sont successivement décroissantes. Ses dernières cultures du n° 10 au n° 7 inclusivement, réensemencées, *ne se développent plus*; elles sont sans effet sur les lapins.

Les virulences 2 et 3 sont mortelles, mais avec des échéances variables, selon la résistance de l'animal. On comprend aisément que ces échéances sont variables, à plus forte raison, avec les virulences 4, 5 et 6.

Les conclusions de ce travail sont les suivantes : 1° possibilité de donner, d'une part, aux lapins une résistance prolongée contre la tuberculose expérimentale la plus rapide et la plus certaine; 2° de conférer, d'autre part, à ces mêmes animaux et contre la même maladie une immunité dont il reste à déterminer la durée.

Chacun entrevoit les conséquences qui peuvent résulter de ces recherches ; mais nous remarquerons que les résultats annoncés par M. Koch au Congrès de Berlin ont été obtenus sur les cobayes par des méthodes et des procédés différents.

K.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 *août* 1890

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

M. le Dr Hache (de Beyrouth) lit une observation du pyopneumothorax interlobaire sans communication avec les bronches. Il s'agit d'un homme qui avait reçu un coup de couteau dans le thorax, au niveau du cinquième espace intercostal gauche. Il en résulta une fistule qui laissait écouler du pus. On dilata l'orifice avec de la laminaire; on fit un lavage avec la solution de bichlorure, et on mit un drain. La quantité de pus extraite fut de 400 grammes environ. Le malade sortit en bon état, ne gardant plus qu'une petite fistule. M. Hache conclut à

Digitized by Google

la nécessité d'évacuer complètement les collections purulentes pleurales. La résection des côtes n'est indiquée que lorsque les côtes sont au contact. F. R.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Une réforme de la chirurgie hospitalière.— Projets de M. Terrier. Elèves en médecine et assistants

Sous la forme épistolaire et dans un document livré à la publicité, M. Terrier vient de signaler à M. le Directeur de l'Assistance publique parisienne une série de réformes urgentes pour rendre moins défectueuse, plus humanitaire et réellement scientifique, l'organisation des services chirurgicaux des hôpitaux de la capitale.

Certes, la question n'est pas neuve : tout le monde, malades que l'on n'écoute guère, chirurgiens et médecins que l'on n'écoute point beaucoup plus, se plaint des conditions « déplorables » de nos installations hospitalières. Quand on formule des plaintes, l'Administration répond : « Voyez, je fais mon possible ; je remplace les » anciens bâtiments par d'autres, dont l'architecture » monumentale montre que je ne ménage ni les pierres » de taille, ni les millions ». Puis quand on demande que ces palais de la charité soient aussi bien aménagés à l'intérieur qu'à l'extérieur, elle répond : « la caisse est » vide, le budget limité et le conseil municipal parci- » monieux ». Tout cela est d'ancienne histoire. Question de tradition, de bureaux et de ronds de cuir. Le Directeur général le mieux intentionné, demandez plutôt à notre confrère, M. Peyron, est condamné, après quelques essais, à ne pas réaliser les meilleurs projets.

***

En tout cas, il est bon, de temps en temps, sans faire grand fonds d'espérances sur ces revendications, d'élever la voix. M. Terrier l'a fait ; c'est un acte de salutaire énergie. *Audaces fortunà juvat !* Qui sait ?

Si notre corps médical des hôpitaux parisiens savait mieux se faire entendre, peut-être qu'on l'écouterait un peu plus dans les questions d'enseignement et d'hospitalisation ; celles-ci sont connexes de celles-là.

Mais je reviens à M. Terrier et à sa lettre. Ce qu'il y a de plus inédit dans cette initiative, c'est d'entendre exprimer tout haut, carrément et fermement, ce que les autres, plus timides, osent à peine dire tout bas, malgré l'indépendance que leur position leur donne.

M. Terrier, on l'a vu plus haut dans sa remarquable communication au Congrès de Limoges, est un chirurgien plus *aseptique* qu'*antiseptique*. On me pardonnera l'expression ; elle est, me dit-on, en usage chez les modernes héritiers d'Ambroise Paré ; car si, dans leur esprit, Lister, dont on honore le nom, a perdu du terrain, la propreté et l'hygiène, deux vénérables divinités, y occupent la première place. C'est un progrès et un heureux progrès ; car il conduit, résultat humanitaire, à des succès chirurgicaux aussi nombreux et aussi parfaits, et permet, résultat économique, de ménager le budget de l'Assistance publique, je veux dire le budget de la charité.

***

Pour être aseptique, c'est l'avis de M. Terrier et, — cela s'explique, l'opinion de tout le monde, — un service de chirurgie doit être « *absolument isolé*, comme on » l'admet aujourd'hui pour les services de femmes en » couches ». Or, dans la plupart des hôpitaux, les services chirurgicaux ne sont isolés des autres services, ni comme *installation matérielle*, ni comme *personnel administratif*, ni comme *personnel chirurgical*.

L'isolement des salles est nul ; presque dans tous les hôpitaux, elles sont contiguës avec les salles de médecine et la contamination s'exerce entre les blessés et les malades, entre les individus amenés du dehors et les opérés hospitalisés, enfin par les gens de service. C'est pourquoi M. Terrier réclame dans chaque service chirurgical, d'hommes ou de femmes, trois salles séparées et pourvues chacune de leur personnel : une *salle pour les non infectés*, une *salle pour les infectés*, une *salle dite d'observation pour les douteux*.

M. Terrier réclame des salles d'opérations fort simples : pas de meubles inutiles, un bon éclairage diurne et au besoin nocturne, des instruments et des appareils aisément stérilisables ; bref, de la simplicité, beaucoup de simplicité et surtout de la simplicité architecturale, ce qui n'est point de nature à satisfaire les constructeurs de ces palais hospitaliers dont l'édification épuise un budget qui devrait être celui de la charité et non la providence des architectes.

M. Terrier demande que le personnel, surveillantes, infirmiers et infirmières, filles et garçons de salle, soit affecté spécialement à chaque salle et qu'il soit absolument distinct pour chacune d'elles. C'est *l'isolement du personnel administratif*.

***

Même isolement et même discipline pour le personnel chirurgical : internes, externes et élèves, chacun devant rester dans sa salle respective, et, dès qu'il y est entré, ne plus jamais pénétrer dans une salle voisine.

Enfin, autre réforme, celle-là plus radicale encore, étant donnés les usages et les mœurs hospitalières françaises. Entre l'interne et le chef de service, M. Terrier demande la création d'un *assistant*, « déjà chirurgien expérimenté », logeant dans l'hôpital ou à proximité, se dérangeant à tout appel des élèves de garde et ayant qualité, par son diplôme et ses titres scientifiques, pour intervenir dans un cas grave ou pratiquer une opération urgente.

Il y a huit jours, à cette même place, M. Huchard réclamait, lui aussi, la création d'un assistant docteur en médecine dans chaque service de médecine, et cela dans l'intérêt de l'enseignement. Voici que M. Terrier la réclame au point de vue hospitalier et chirurgical. Décidément, cette question mériterait d'être discutée. Elle a déjà été à l'ordre du jour, puis on a, comme il arrive souvent, omis de la résoudre.

***

Il serait temps, ici comme ailleurs, d'omettre les intérêts personnels de quelques-uns pour donner droit à ceux de l'humanité en ce qui concerne les malades, et de l'enseignement pratique en ce qui regarde les élèves.

Digitized by Google

Que ces idées paraissent « bien révolutionnaires à quelques-uns », M. Terrier l'appréhende. C'est une appréhension légitime. Elle ne diminue en rien le mérite de celui qui les formule avec une franchise si parfaite et une autorité si incontestée.

D'ailleurs, comment en serait-il autrement ? Dans nos administrations comme dans nos Universités, les fonctionnaires sont trop souvent juges et partie dans leur propre cause et dans les conseils chargés d'étudier comment on peut réaliser les réformes et..... au besoin, les éluder.

CH. ELOY.

NOUVELLES SANITAIRES

ÉTRANGER

ESPAGNE. — **L'épidémie cholérique de 1890.** — Pendant la semaine dernière, on a signalé officiellement (?) 344 cas nouveaux et 190 décès dans les provinces de Valence et d'Alicante.

L'épidémie augmente dans celles de Tolède et de Badajoz. A Arges, dans la première de ces provinces, on a constaté 160 cas et 92 décès ; de plus, les villages situés sur le Tage, au-dessous de Tolède, sont contaminés.

Des cas se sont produits à Tortosa, dans la province de Tarragone, et à Madrid, dans les prisons. La situation sanitaire en Espagne ne s'est donc pas améliorée, et, fait menaçant, l'épidémie se développe sur le littoral méditerranéen, entre Valence, Tortosa et Tarragone.

EGYPTE. — On a, ces jours derniers, annoncé des diarrhées suspectes à Boulacq et officiellement déclaré qu'il s'agissait du choléra sporadique. Un médecin, le Dr Pisnirs, qui a visité deux des malades, déclare cependant que leur nature asiatique est probable, l'un des cas, d'ailleurs, s'étant terminé par la mort. Il serait urgent d'être fixé sur ces faits qui démontrent l'utilité de réorganiser la surveillance sanitaire internationale dans la mer Rouge et de ne pas s'en tenir aux déclarations dont le gouvernement anglais est prodigue et dont, hélas ! on connaît trop la valeur.

ITALIE. — **Une proposition de revision du règlement sanitaire international contre le choléra.** — La convention sanitaire de 1852 a fait son temps et montré son impuissance. Le gouvernement italien vient d'adresser par voie diplomatique aux puissances européennes un mémoire dans le but de réaliser la réforme de cette législature.

Le règlement annexé à la convention de 1852, attribue aux puissances européennes le droit d'adjoindre vingt-six médecins européens au conseil sanitaire nommé par l'empire Ottoman. C'est insuffisant, d'après le mémoire du gouvernement italien qui propose d'organiser deux services sanitaires internationaux distincts : l'un pour assurer l'application des mesures nécessaires pour empêcher du côté de l'Orient la propagation de toute maladie infectieuse par la « voie de terre » ; l'autre, la même défense par la « voie de mer ».

Voie de terre. — Ce service regarde essentiellement les gouvernements locaux ; il suffirait que les puissances européennes conservent leur représentant spécial dans le conseil supérieur de santé de Constantinople et d'Alexandrie et qu'elles provoquent la formation d'un conseil semblable en Perse.

Voie de mer. — Constituer une action collective de toutes les nations intéressées à la défense contre les maladies pestilentielles venant d'Orient.

Pour atteindre ce but :

1° Institution d'une commission internationale permanente et autonome, chargée de la direction du service sanitaire international dans la mer Rouge.

2° Institution de deux bureaux sanitaires internationaux chargés de l'inspection médicale des navires qui, de l'Océan indien, entrent dans la mer Rouge et de ceux qui de la mer Rouge, se dirigent vers la Méditerranée. Le premier de ces bureaux doit fonctionner au détroit de Babe-el-Mandeb, l'autre dans le voisinage de Suez.

3° Institution auprès de chacun de ces bureaux d'une station sanitaire internationale dans laquelle les bâtiments pourraient convenablement passer par toutes les mesures quarantenaires et de désinfection.

La commission internationale sera composée de délégués de chacune des nations contractantes et devra être essentiellement technique.

Les dépenses devront être à la charge des différents Etats dans une proportion à déterminer et controlée par ladite commission internationale.

Il serait indispensable que le personnel médical fut composé d'hygiénistes ayant fait des études de bactériologie et d'épidémiologie.

Pour les stations sanitaires internationales, la commission choisira des localités bien isolées et pourvues de tous les appareils nécessaires.

Il serait de toute nécessité d'établir les bases d'un « règlement international » uniforme pour le service sanitaire à bord des navires.

La commission déterminera les mesures de précaution à appliquer pour le passage des navires en quarantaine dans le canal de Suez, les conditions actuelles étant inefficaces et gênantes.

Afin d'éviter toutes les questions sur lesquelles l'accord des nations serait difficile, il serait bon de ne pas s'occuper des mesures que chaque nation croit utile de prendre dans son propre intérêt, en dehors de celles qui ont un intérêt commun.

On n'a pas oublié l'avortement de la conférence de Rome. Il en serait de même d'une nouvelle conférence technique. C'est donc une question diplomatique que la mémoire du gouvernement italien vient de soulever.

Il est probable, comme précédemment, que le gouvernement anglais n'acceptera point volontiers des propositions de cette nature. D'autre part, en prenant cette initiative, le cabinet du Qurinal soulèvera sans doute des susceptibilités que l'état politique actuel fait prévoir. Il est nécessaire de combattre le choléra par des mesures internationales, mais il ne faudrait cependant pas compliquer à ce propos la qnestion d'Orient. Nous espérons, avec le Comité consultatif, que le gouvernement français se fera représenter à cette conférence et saura fermement faire valoir ses droits.

RUSSIE MÉRIDIONALE. — Depuis les premiers jours d'août, il y a eu des cas suspects et des décès à Nicolaieff, sur le rivage septentrional de la mer Noire. Ils sont dus vraisemblablement à l'extension du foyer épidémique, dont nous avons déjà maintes fois signalé l'existence dans la Transcaucasie et sur les bords de la mer Caspienne, où la maladie a été importée par des voyageurs venant de Perse.

TURQUIE D'ASIE. — **Le choléra de la Mecque.** — D'après le rapport de la commission médicale de la Mecque, les premiers cas de choléra ont été constatés à Mina le second jour du Bairam (16/28 juillet) parmi les soldats de marine, qui appartiennent au stationnaire ottoman mouillé en rade de Djedda. Il y eut 13 cas de choléra et 7 morts. Le 29 juillet à Mina et à la Mecque 72 morts. Le 30 juillet à la Mecque 84 morts. Le 31 juillet 229 décès à la Mecque. Les pèlerins commencent à rentrer à Djedda, où il y eut un cas à l'hôpital provisoire hors de la ville et 4 cas parmi des soldats soignés sous tentes hors de la ville. Le conseil sanitaire d'Alexandrie décida le 30 juillet

Digitized by Google

d'appliquer, selon le règlement spécial pour le retour des pèlerins, quinze jours d'observation à Tor, et en plus cinq jours aux sources de Moïse (El-Wedj) près de Suez. Depuis, le nombre des décès est devenu considérable et s'élève à 300 et 400 par jour.

Le conseil sanitaire vient de décider également l'application de son règlement de 1882 ; les pèlerins à destination de la Syrie subiront la quarantaine de dix jours pleins dans le lazaret de Beyrouth, ceux de l'Anatolie et Roumélie dans le lazaret de Clazomène. et pour le golfe Persique, à Camaran, un lazaret n'existant pas encore à Bassora.

Il n'est pas probable que les pèlerins, après avoir passé cette double quarantaine, puissent rentrer dans leurs foyers avant quatre mois.

Mésopotamie. — **Le choléra de Mésopotamie.** — On signale toujours des cas suivis de mort à Mordin, dans le vilayet de Mossoul et dans celui de Djizié, à Avra dans le Sandjak de Sürd, à Seert près de Dierbekir et dans le vilayet de Van ; mais les renseignements sur ce dernier sont incomplets, parce qu'il n'y existe aucun médecin. L'épidémie y régnerait depuis quatre mois.

INFORMATIONS

Nouvelle Calédonie. — **Les léproseries.** — L'établissement de l'île aux Chèvres fonctionne fort régulièrement.

Un médecin visite les malades et leur donne des soins deux fois par mois. Des moyens de transport sont mis à sa disposition toutes les fois que l'état des malades réclame sa présence en dehors des visites périodiques.

La léproserie de Canala est également tenue d'une façon satisfaisante. Elle a été visitée par le médecin principal M. Bonnafy. Il a été constaté que les renseignements fournis par le médecin de la localité sur le nombre des lépreux dans les tribus qu'il a recensées étaient considérablement exagérés, ce qui peut s'expliquer par ce fait que des taches décolorées de la peau existant chez certains individus depuis de longues années, sans avoir jamais subi aucune modification, avaient été prises, tout d'abord, pour des symptômes de lèpre.

Le gouverneur ayant été informé que cette même affection est fréquente parmi les indigènes de Fidji, qui l'appellent « Tokelaor » et s'en guérissent facilement, paraît-il, a envoyé dans cet archipel deux médecins de la marine examiner si ce qu'on appelle la lèpre en Nouvelle-Calédonie ne serait pas, dans la plupart des cas, une des maladies de peau peu dangereuses existant depuis longtemps dans les autres îles du Pacifique. On saura donc prochainement, d'une façon certaine, si c'est bien la lèpre qui est en Nouvelle-Calédonie et, dans le cas de l'affirmative, on constatera probablement en même temps que les colonies anglaises voisines n'en sont pas moins indemnes, puisqu'on y rencontre une maladie qu'on a tout lieu de croire la même que celle qui sévit chez les Canaques.

ÉTRANGER

Allemagne. — **Les livres jubilaires du Congrès de Berlin.** — Un certain nombre de publications ont été rédigées et imprimées pour célébrer cette solennité scientifique. M. Bucholtz a écrit un livre sur les institutions hospitalières de l'Empire d'Allemagne. Un autre volume intitulé : *Deutsches Gesundheitswesen*, dû à la plume de M. Pistor, contient de nombreux documents officiels sur l'administration sanitaire. M. Lasner en a consacré un autre à l'hydrologie médicale allemande. M. Wurzberg a rédigé un catalogue raisonné des travaux de thérapeutique qui ont vu le jour de 1868 à 1888 ; enfin signalons encore un guide médical de Berlin dans lequel M. Meyer a voulu donner aux congressistes étrangers une idée des ressources de la capitale de l'empire au point de vue de toutes les sciences médicales et de leurs applications.

Russie. — **Une fête universitaire à l'académie de médecine de Moscou.** — Il y a quelques jours les élèves du professeur Kojewnikoff ont célébré le vingt-cinquième anniversaire de leur maître en lui offrant un recueil d'articles de neuropathologie et de psychratie qu'ils lui ont dédié et qui contient les travaux suivants : *W. Serbsky*, les formes de maladies mentales décrites sous le nom de Kalalonie ; — *Z. Darkschewitsch*, la paralysie reccurente du nerf oculo-moteur ; — *A. Egoroff*, un cas de symigomyélie ; — *S. Kirelzeff* et *A. Mamerowsky*, contribution à l'étude de la paralysie aiguë ascendante de Landry ; — *A. Kowiloff*, Arthropathie tabétique et ses rapports avec la syphilis ; — *S. Korsakoff*, Contributions à la symptomatologie des psyschoses polyneurotiques consécutives au typhus ; — *S. Korsakoff* et *W. Serbsky*, Un cas de psychose polyneuritique ; — *Z. Minor*, Hématomyélie centrale ; — *A. Oseretzkowsky*, Etude sur la surdité hystérique ; — *V. Mouraloff*, Un cas de polyneurite, avec autopsie ; — *P. Preobrajensky*, Poliomyelitis anterior acuta adultorum ; — *M. Zountz* et *A. Namourowsky*, un cas de paralysie ascendante aiguë d'origine alcoolique ; — *G. Rossolino*, Ophtalmoplegie externe polyneuritique ; — *W. Roth*, Contributions à l'étude du diagnostic de la syringomyélie ; — *A. Fokarsky*, maladie des lics convulsives ; — *S. Ouzpensky*, Un cas de démence paralytique d'origine alcoolique ; — *N. Bajenoff*. Quatre ans et demie d'activité psychiotrique dans la province de Riasanne ; — *W. Roth* et *W. Mouratoff*, Contribution à la pathologie de l'encéphale ; — *N. Schataloff*, Contribution au diagnostic des paralysies toxiques.. On voit, d'après l'énoncé des questions traitées, que la médecine russe marche en avant du progrès médical. J'ai été heureux de le constater il y a deux ans, je suis heureux aujourd'hui d'envoyer de loin, au sympathique et savant professeur Kojewnikoff, mes plus sincères félicitations, et à tous ses élèves, mes plus affectueux souvenirs. Henri Huchard.

La prohibition de l'hypnotisme. — Une décision du Ministre de l'intérieur prohibe les séances publiques d'hypnotisme et motive cette interdiction sur le danger, de l'emploi de ce dernier par des personnes mal intentionnées, ou inexpérimentées.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Nominations dans le corps de santé de la marine (Activité). — *Au grade de médecins auxiliaires de 2e classe* : M. le Dr Dubois ; MM. Dhomé, Duranton, Chevalier, Vergnes et Lasselves, élèves du service de santé de la marine.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs V. du Cloux, Moricand (de Paris), et Sadrain (de Loze, Allier).

En Belgique : M. le Dr de Smet (de Bruxelles).

En Italie : M. le Dr A. Viti, privat-docent à la Faculté de Sienne.

En Russie : MM. les Drs Neugebauer, professeur de gynécologie à la Faculté de médecine de Varsovie et M. Sclenski, privat-docent à l'Académie de médecine militaire de Saint-Pétersbourg.

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE N° 36 3 SEPTEMBRE 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

COMITÉ DE RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

CLINIQUE MÉDICALE

Les maladies de l'hypertension artérielle (1).

I. — CAUSES PHYSIOLOGIQUES. — *Définition de la tension artérielle — Sphygmomètres physiologiques et cliniques. — Trois éléments de production de la tension artérielle : la masse sanguine, l'impulsion cardiaque, le tonus vasculaire.— Importance prépondérante du dernier facteur (le tonus vasculaire); preuves physiologiques et cliniques. — Hypertension artérielle par vaso-constriction et par vaso-dilatation active.— Artério-scléreux blancs et rouges ; artério-sclérose par vaso-constriction et artério-sclérose par vaso-dilatation. — Observations cliniques à l'appui.*

La tension artérielle doit être définie : la pression exercée par la masse sanguine contre les parois vasculaires. Elle est mesurée par la force avec laquelle le sang s'échapperait hors du vaisseau.

Par conséquent, au point de vue physiologique, la meilleure manière d'évaluer cette pression et cette force consiste à introduire un tube manométrique dans la vaisseau d'un animal ; c'est là le principe de la plupart des sphygmomètres, de ceux de Halles, Poiseuille, Ludwig et Marey. En clinique, les sphygmomètres de Basch-Block, Potain, Verdin — tous appareils plus ou moins défectueux, indiquent d'une façon indirecte l'état de la tension vasculaire d'après l'évaluation de la contre-pression exercée sur le vaisseau et nécessaire pour en faire disparaître les battements.

Trois éléments entrent en jeu pour produire la tension artérielle (2):

1° La masse sanguine ;

2° L'impulsion cardiaque ;

3° La tonicité des artères, effet immédiat de l'élasticité et de la contractilité artérielles.

Une expérience physiologique bien connue démontre la réalité de la première cause du volume de la masse sanguine : c'est celle de Pourfour Du Petit, reproduite par Cl. Bernard Après la section du grand sympathique au cou, notre célèbre physiologiste a constaté que la pression sanguine augmente dans les artères correspondantes. Sans doute, comme Vulpian le fait remarquer, on comprendrait mieux une diminution de tension puisque cette section abolit le tonus vasculaire, dilate les artérioles et facilite le cours du sang. Mais, celui-ci circule en plus grande abondance, et l'augmentation de l'afflux sanguin élève la tension des vaisseaux malgré leur dilatation. A ce point de vue, la clinique confirme les données de la physiologie. Pendant la grossesse, le pléthore vasculaire aboutit du côté du cœur à l'hypertrophie gravide signalée depuis longtemps par Larcher, et du côté des reins à l'albuminurie avec toutes ses conséquences.

2° L'augmentation de la tension artérielle par le fait de l'impulsion cardiaque est démontrée physiologiquement par l'excitation des nerfs accélérateurs du cœur ; elle est réalisée en clinique à la période d'hypersystolie des cardiopathies.

3° L'élévation de la tension artérielle par le fait de l'augmentation du tonus vasculaire et des résistances situées à la périphérie du système circulatoire, a été démontrée expérimentalement par la ligature de l'aorte, et la clinique réalise, pour ainsi dire, cette expérience dans tous les cas de tumeurs plus ou moins volumineuses comprimant ce gros vaisseau. Au point de vue expérimental, l'augmentation de ces résistances périphériques se produit par l'excitation des nerfs vaso-constricteurs et des centres vaso-moteurs, qui n'existent pas seulement dans la moelle allongée, comme autrefois Nasse, Schiff et Owjawnikow le pensaient, mais qui sont répartis inégalement sur tout le trajet des centres nerveux, dans les pédoncules cérébraux, les couches optiques, l'écorce encéphalique, les parties supérieures de la moelle et les centres ganglionnaires du système sympathique. En clinique, la répartition des centres vaso-moteurs sur une si grande étendue du système nerveux explique dès lors les énormes et faciles oscillations de la tension artérielle sous l'influence incessante des excitations des centres vaso-moteurs.

Des trois facteurs qui président à l'état de la tension artérielle, le plus important est certainement la résistance opposée par les petits vaisseaux, et cette résistance varie suivant leur état de resserrement ou de dilatation. « Comme l'état de leur calibre dépend essentiellement du degré d'activité de l'appareil vaso-moteur, on conçoit combien est grande l'influence de cet appareil sur la pression sanguine intra-artérielle ». (Vulpian).

Du reste, en réfléchissant aux résultats produits par les ligatures ou compressions expérimentales de l'aorte, on peut émettre cet axiome : toutes choses égales, d'ailleurs, et la masse sanguine ainsi que l'impulsion cardiaque restant normales, la seule augmentation des résistances périphériques est capable d'élever la pression vasculaire. Bien plus, ces résistances périphériques agissent sur le moteur circulatoire central, sur le cœur dont elles renforcent la puissance systolique, et

(1) Association française pour l'avancement des sciences (session de Limoges, août 1890).

(2) Au siècle dernier, Sénac, un des premiers, a admis la contractilité des artères qui « sont de vrais cœurs sous une autre forme », et il a indiqué « l'action, sur les artères, des nerfs qui embrassent de grandes artères, se divisent comme elles et leur envoient des filets qui les accompagnent jusqu'aux dernières ramifications ».

Digitized by Google

aussi sur la masse sanguine dont elles augmentent le volume dans la partie située au-dessus de l'obstacle. Par conséquent, l'intervention de ce seul facteur — l'augmentation des résistances circulatoires périphériques — met en jeu les deux autres, et c'est ainsi que la plus grande part, dans la production de l'hypertension vasculaire, revient toujours à l'état de la circulation artérielle.

J'ai dit que cette résistance opposée par le tonus vasculaire, varie suivant l'état de resserrement ou de dilatation des artérioles. Encore, faut-il s'entendre sur cette dilatation. Le plus ordinairement — abstraction faite de la masse sanguine — lorsque cette dilatation résulte de la paralysie expérimentale ou clinique des vaso-constricteurs, il y a tendance à l'hypotension artérielle. Mais, les nerfs vaso-dilatateurs découverts par Cl. Bernard, exercent aussi leur action en clinique comme en physiologie : leur excitation déterminant la vaso-dilatation active aboutit à l'hypertension artérielle.

Celle-ci se produit donc par un double mécanisme, et il en existe deux espèces :

1° L'hypertension artérielle par vaso-constriction ;

2° L'hypertension artérielle par vaso-dilatation active.

Ce ne sont pas là de simples hypothèses. En effet, si l'intoxication tabagique détermine, d'après Claude Bernard, un état plus ou moins accusé de vaso-constriction, état que mes expériences ont en partie confirmé; elle a aussi une tendance à s'accompagner d'une vaso-dilatation active avec hypertension artérielle, comme l'a dernièrement démontré M. Colas (de Lille), en s'inspirant de mes recherches sur les angines de poitrine tabagiques. (1)

En clinique, ce fait expérimental se confirme ; et, à côté des tabagiques aux téguments pâles par vaso-constriction, on voit d'autres tabagiques à la face rouge et congestive par vaso-dilatation.

Pour l'artério-sclérose généralisée, la clinique démontre encore la double pathogénie de l'hypertension artérielle. Prenons, pour exemple, une des localisations fréquentes de l'artério-sclérose, une insuffisance aortique d'origine artérielle, bien entendu. Rien de plus variable que l'aspect extérieur de deux malades atteints de cette même affection : les uns ont la face pâle, presque exsangue, avec tendance aux vertiges, aux syncopes , aux lipothymies d'origine ischémique, avec des battements modérés des artères cervicales ; les autres ont la figure rouge, animée, les artères, très dilatées, battent avec violence, les vertiges, moins fréquents, sont de nature congestive, et, du reste, on voit chez ces malades se manifester des fluxions actives du poumon, du cerveau, etc., fluxions dont on n'avait pas, jusqu'à ce jour, compris l'interprétation pathogénique et que j'explique en disant : les premiers malades sont des aortiques à vaso-constriction ; les seconds sont des aortiques à vaso-dilatation. Tous deux, par un procédé physiologique différent, ont de l'hypertension artérielle.

De même, il y a des artério-scléreux *blancs* à l'aspect anémique, chez lesquels la vaso-constriction prédomine, chez lesquels les ischémies viscérales sont très accentuées, qui présentent du côté des différents organes des insuffisances de fonctionnement par insuffisance d'irrigation sanguine ; ils ont des vertiges anémiques, des aphasies transitoires, des accidents causés par la thrombose cérébrale; ils ont de l'angine de poitrine par ischémie du myocarde. Chez ces malades, l'hypertension artérielle est un danger; mais, au point de vue thérapeutique, il ne faut pas oublier qu'elle procède de la vaso-constriction.

Il y a des artério-scléreux *rouges* à l'aspect congestif, chez lesquels la vaso-dilatation prédomine, chez lesquels on constate surtout des congestions viscérales au cerveau, au poumon, aux reins, au foie, etc. Ils ont rarement des accidents angineux et ils présentent une albuminurie le plus souvent abondante, parce qu'ils ont de la néphrite mixte ; chez les premiers, l'albuminurie est à peine appréciable, parce qu'elle dépend d'une néphrite interstitielle.

Tout dernièrement, je voyais un malade atteint, depuis deux ans, d'une artério-sclérose généralisée à laquelle il a fini par succomber à 50 ans sous l'influence d'accidents congestifs ou hémorragiques multiples et variés. Dans sa jeunesse, à l'âge de 22 ans, il avait eu des hémoptysis très abondantes qui n'avaient laissé aucune trace. Celles-ci dues à l'hypertension artérielle étaient sans doute d'origine arthritique, comme je l'ai démontré en 1882 au Congrès de Rouen ; ou encore, elles pouvaient être considérées comme des phénomènes précurseurs, à longue échéance, de l'artério-sclérose, ainsi que l'a démontré récemment M. Duclos (de Tours). Bientôt apparurent quelques troubles cardiaques caractérisés par des palpitations et des accès d'arythmie, une albuminurie abondante dont les fluctuations se mesuraient aux poussées congestives fréquentes du côté des reins ; il eut encore des hémorragies rétiniennes, puis deux attaques d'hémiplégies successives dues à des hémorragies cérébrales et succomba enfin à des accidents comateux. Chez ce malade, j'avais pu constater, dès le début de l'affection, l'existence de l'hypertension artérielle. Celle-ci constituait un danger, mais elle était d'une autre nature que celle des artério-scléreux à vaso-constriction, et au point de vue thérapeutique, il ne fallait pas oublier que cette hypertension était l'œuvre de la vaso-dilatation active.

Donc, au point de vue pathogénique, il y a deux sortes d'hypertensions artérielles, comme il y a deux sortes d'artério-scléroses. Les unes sont angio-constrictives, les autres sont angio-dilatatrices. Au point de vue thérapeutique, cette distinction, à la fois physiologique et clinique, a une grande importance.

(*A suivre.*) HENRI HUCHARD.

(1) Voir la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, août 1890.

Digitized by Google

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

Hôpital Saint-Louis. — M. le Dr Brocq.

Symptômes et traitement de l'urticaire (1)

Traitement. — Ce qui précède montre que pour traiter avec quelque logique un cas d'urticaire, il faut étudier le malade avec le plus grand soin, et préciser : 1° la nature du terrain sur lequel évolue l'affection ; 2° les causes occasionnelles qui lui ont donné naissance. Ceci fait, on instituera une médication intense appropriée.

Traitement interne. — Lorsque la genèse de l'urticaire est dominée par l'action d'un agent extérieur irritant ou d'une substance nuisible ingérée, le traitement interne n'a pas très grande importance ; il est bien évident qu'il faut avant tout supprimer la cause de l'affection. Je conseille, néanmoins, même alors, de soumettre les malades à un régime sévère pendant quelques jours, car parfois ces urticaires accidentelles peuvent être le point de départ d'urticaires persistantes.

Dans l'urticaire de cause externe on supprimera donc l'agent irritant parasite ou autre ; il faut à cet égard se défier des langes de laine et de coton et des langes malpropres chez les enfants; dans l'urticaire pathogénetique on interdira l'usage de l'aliment ou du médicament incriminé, et, suivant les besoins, on ordonnera un vomitif, un purgatif ou un éméto-cathartique.

Cette simple médication à laquelle on ajoutera deux ou trois jours de diète lactée ou tout au moins d'alimentation fort légère avec des viandes blanches, du bouillon dégraissé, de la laitue ou de la chicorée cuite, suffira dans la grande majorité des cas d'urticaire aiguë accidentelle, pour tout faire disparaître.

Dans les cas plus intenses ou à pathogénie moins nette ou plus compliquée, on sera obligé de recourir à un traitement beaucoup plus rigoureux.

On s'attachera tout d'abord à règlementer l'alimentation. Quand l'urticaire est intense et rebelle et lorsque les malades peuvent le tolérer, on doit prescrire le régime lacté exclusif, en employant du lait pur de bonne qualité et en le faisant prendre par petites quantités fréquemment renouvelées.

S'il est mal supporté par l'estomac, on le coupe d'un peu d'eau de Vichy et d'eau de Vals ; s'il constipe, on y ajoute de l'eau de chaux. On continue ce régime rigoureux jusqu'à la disparition totale de l'urticaire, puis on ne reprend que peu à peu l'alimentation ordinaire en permettant d'abord des viandes blanches, des fruits cuits, (pommes, poires, pruneaux) des légumes verts cuits, (chicorée, laitue, escarolle, épinards, céleri, cardons, petits pois et haricots verts) du bouillon dégraissé, des œufs à la coque ou mélangés au bouillon si l'estomac du malade les tolère. Comme boisson on recommandera d'abord les eaux minérales alcalines pures, Vichy (Célestins ou Lardy), Vals (St-Jean), Royat (César ou St-Mart), etc.... suivant la constitution du malade on les choisira fortes ou faibles. Peu à peu on permettra du vin de bonne qualité en petite quantité et coupé d'eau, ou mieux de la bière légère non alcoolisée, ou de la bière de malt coupée d'eau minérale alcaline faible.

Si l'urticaire se relie à une affection de l'estomac, on la traitera par le régime et les moyens appropriés. Il en sera de même pour les affections hépatiques et intestinales. Je dois dire un mot de la constitution habituelle qui accompagne si souvent l'urticaire chronique : on emploiera contre elle le massage abdominal quand l'urticaire le rendra possible; les saisons à Chatel-Guyon, à Marienbad, à Carlsbad, l'eau de Chatel-Guyon prise à jeun avant les repas, les sels de Carlsbad ; les autres eaux minérales pourront rendre des services ; je conseille de plus d'essayer les purgatifs suivants : le soir en se couchant on prendra de une à trois pilules de podophylle à trois centigrammes chaque avec cinq milligrammes d'extrait de belladone, ou bien des pilules d'euonymine, des pilules de rhubarbe composées de la pharmacopée anglaise, des capsules d'huile de ricin, au besoin des pilules de Clérambourg ou des pilules d'Anderson (de ces dernières une seule suffit dans la grande majorité des cas).

Si le malade aime mieux se purger le matin on lui prescrira de prendre en se levant de une cuillerée à café à une grande cuillerée à soupe de sedlitz granulé de Chanteaud, de une cuillerée à café à deux grandes cuillerées à soupe de citrate de magnésie granulé dans un peu d'eau sucrée, de cinq à trente grammes de manne en larmes dans du lait, ou bien, avant chaque repas, des cachets de vingt à soixante centigrammes de rhubarbe et de magnésie.

S'il en est besoin, on favorisera la diurèse par des médicaments appropriés ; mais le meilleur est sans contredit le lait, auquel on peut associer quelque tisane (chiendent, queue de cerise, orge) ou même le sirop des cinq racines.

Si l'état nerveux du malade est par trop prononcé, on s'efforcera de le modifier ; suivant les cas, on prescrira des distractions, des voyages, des médicaments appropriés, tels que les bromures, le chloral, auxquels je préfère, quand on peut s'en tenir là, les valérianates, le musc, le castoréum et l'*asa fœtida*. Le valérianate d'ammoniaque en particulier, administré en capsules ou en solution dans de la tisane de tilleul additionnée d'eau de fleurs d'oranger (de 1 à 3 cuillerées à soupe) et d'eau distillée de laurier-cerise (1 cuillerée à café), rend, dans beaucoup de cas, des services signalés et fait dormir les malades.

L'urticaire paludique se traitera par de hautes doses de quinine ou par les préparations arsénicales.

Il sera bon, dans les cas chroniques qui surviennent chez les arthritiques nerveux, de traiter la constitution. On leur prescrira donc de prendre pendant fort longtemps des eaux minérales alcalines, des préparations de bicarbonate de soude, de carbonate ou de benzoate de lithine, de l'arséniate de soude, de la gentiane, de la patience, de la bardane, etc., toutes substances que l'on combinera suivant les indications particulières.

J'arrive maintenant au traitement interne du symptôme urticaire lui-même. Pour cela, on a proposé quantité de médicaments ; on a essayé l'opium, l'atropine (Schwimmer), la belladone, le musc, le castoréum, les bromures,

(1) Fin. Voir n° 35.

Digitized by Google

le chloral, le salicylate de soude (Pietrzycki); la quinine, l'antipyrine (Nitot), qui réussirait dans les cas d'origine nerveuse (or l'on sait que ce médicament donne fort souvent des éruptions urticariennes), l'ammoniaque liquide à la dose de 12 à 15 gouttes dans un peu d'eau, trois ou quatre fois par jour (Hardy), les sulfureux, le soufre, l'acide sulfurique, les sulfites et les hyposulfites fort préconisés en Amérique, etc., etc.

Noël Gueneau de Mussy prescrivait de prendre chaque jour trois des pilules suivantes :

Poudre de jaborandi.....	àà 10 centigrammes
Extrait de gaïac.....	
Benzoate de lithine.....	20 centigrammes

Pour une pilule.

Les substances qui m'ont paru être de beaucoup les plus efficaces sont : la quinine, l'ergotine et la belladone.

On peut, comme le fait depuis longtemps M. le Dr E. Vidal, donner la quinine seule à hautes doses : il l'administre, pendant quinze jours consécutifs, à une dose quotidienne de 50 à 60 centigrammes, puis il cesse pendant quelques jours, recommence ensuite un même laps de temps et obtient d'ordinaire ainsi la guérison. On peut débuter par 60 centigrammes, puis augmenter graduellement jusqu'à ce que l'on arrive aux doses physiologiques : il m'a paru préférable de la faire prendre combinée aux deux autres médicaments que je viens de nommer et à doses fractionnées, sauf dans l'urticaire paludique, où on doit l'administrer à doses massives. C'est ainsi que je prescris :

Bromhydrate ou	àà 5 centigrammes
Chlorhydrate de quinine.....	
Ergotine	
Extrait de belladone.....	2 milligrammes
Excipient et glycérine	q. s.

Pour une pilule.

De 8 à 16 par jour, toutes les deux heures, par une ou par deux à la fois.

Dans les cas d'arthritisme fort accentué et d'antécédents goutteux des plus nets, j'emploie les pilules à la quinine, au colchique et à la digitale, d'après la formule si connue, que je modifie de la manière suivante :

Bromhydrate de quinine.....	2 centigrammes
Extrait de colchique.....	1 centigramme
Poudre de feuilles de digitale.....	2 centigrammes
Excipient et glycérine.....	q s.

Pour une pilule.

En prendre de 2 à 8 par jour.

Ce traitement, combiné avec le régime lacté, m'a permis de faire disparaître en quelques jours des urticaires chroniques des plus rebelles. Il réussit également fort bien chez les enfants ; on peut alors prescrire ces médicaments sous forme de potion et y ajouter de l'eau distillée de laurier-cerise. Je ne saurais trop recommander cette méthode dans l'urticaire bulleuse chronique de la première et de la seconde enfance. Il faut bien savoir, d'autre part, qu'il est des malades réfractaires à la quinine et chez lesquels ce médicament exaspère les poussées d'urticaire.

Le Dr E. Vidal donne l'éther sous forme de sirop ou de potion dans les accès de suffocation déterminés par de l'urticaire des bronches. L'esprit de Mindererus ou de Sylvius et les autres antispasmodiques rendront des services dans ces cas.

On peut prescrire une saison d'eaux minérales aux malades atteints d'urticaire chronique. Il faut les envoyer, d'après leur constitution, à des eaux bonnes pour l'arthritisme et le système nerveux ; on recommandera surtout : Néris, Royat, Ragatz, Plombières, Wilbad, Schlangenbad, Bagnères-de-Bigorre (sources du Salut et du Foulon) ; dans quelques cas particulièrement rebelles, les bains prolongés de Louèche sont excellents.

Traitement externe. — Bien que le traitement externe soit, à mon sens, moins important que le traitement interne pour la curation de l'urticaire, le médecin devra cependant l'instituer avec le soin le plus minutieux.

Soins hygiéniques. — Les vêtements du malade seront flottants ; on ne mettra ni jarretières, ni ceinture, ni corset, pouvant exercer des pressions sur les téguments ; il n'y aura en contact direct avec la peau que des linges en toile fine et usée. La température de l'appartement sera tempérée, mais plutôt un peu fraîche ; enfin, la peau sera soigneusement nettoyée de tous les parasites et de toutes les impuretés qu'elle peut présenter.

Bains et lotions. — Comme pour la plupart des autres dermatoses, les bains, dans l'urticaire, ont leurs partisans et leurs détracteurs acharnés. Les bains prolongés, ou, même mieux, continus, soulagent beaucoup les malades dans certains cas d'urticaire chronique.

Quand on ne peut les donner ainsi, mieux vaut user de bains fort courts, tempérés. Les meilleurs sont alors les bains d'amidon vinaigrés (1 litre de vinaigre par bain). Ce sont avec les bains de tilleul, de têtes de camomille et de glycérine, les seuls que je conseille. Cependant on a aussi recommandé les bains alcalins, les bains sulfureux, les bains à l'alun (500 gr. par bain) au sublimé (de 5 à 10 gr. par bain). Quand le malade sort du bain, il ne faut pas le frotter : il faut se contenter de l'éponger et de le sécher vivement avec précaution en se servant pour cela de linges en toile fine et usée, puis on le poudre d'amidon de la tête aux pieds.

Beaucoup de praticiens préfèrent aux bains les simples lotions : rien n'empêche d'ailleurs de combiner ces deux moyens. Les lotions sont faites matin et soir et toutes les fois que les souffrances du malade sont trop vives. On se sert pour cela soit d'eau de têtes de camomille, de fleurs de sureau, ou de racine de guimauve additionnée d'eau blanche ou de vinaigre (de 1 à 3 cuillerées à soupe par verre) ; soit d'eau de Cologne ; d'eau phagédénique coupée suivant les cas, de 1 à 3 parties d'eau phéniquée au 50e, au 100e, au 200e, d'une solution de chloral au 50e ou au 100e additionnée ou non d'un quart d'eau de laurier cerise (E. Vidal), puis on poudre sans essuyer le malade avec de la poudre d'amidon.

Les mélanges pulvérulents prescrits renferment de la poudre de lycopode, de la poudre de talc, de l'oxyde de zinc, du sous-nitrate, du carbonate de bismuth très finement porphyrisés ; on peut rendre ces poudres plus actives en y incorporant un dixième de salicylate de bismuth, un cinquantième de camphre, un cinquantième ou un centième d'acide salicylique.

Digitized by Google

Parmi les autres lotions prescrites, citons le mélange suivant :

Esprit de vin	200 grammes.
Ether pétroléïque	5 —
Glycérine	2 —
M. s. a.	

Ou bien :

Alcool de lavande	100 grammes.
Esprit de vin	150 —
Ether sulfurique	2 gr. 50.
Aconitine	1 gramme.
M. s. a.	(Kaposi)
Lait d'amandes	250 grammes.
Sublimé	25 centigr.
Chlorhydrate d'ammoniaque	25 —
	(Hardy)

L'atropine au 100e, l'eau chloroformée, les solutions de salicylate de soude ; d'acide benzoïque, de borax au 30e, d'acide cyanhydrique médicinal au 100e (de 3 gr. à 10 gr. pour 500 gr. d'eau), toutes les solutions faibles d'acides, acide acétique, nitrique, chlorhydrique, les diverses préparations camphrées, etc.

Pommades. — Avant d'appliquer les poudres on peut mettre sur les points les plus atteints un peu de pommade. Les meilleures sont : la pommade à l'oxyde de zinc additionnée d'un centième ou d'un cinquantième d'essence de menthe, le glycérolé tartrique au 20e de M. Vidal auquel on peut ajouter un 50e d'acide salicylique ou d'acide phénique, la vaseline phéniquée au 50e ou au 60e, etc... par exemple :

Acide phénique	50 centigr.
Acide salicylique	60 —
Acide tartrique	1 gramme.
Glycérolé d'amidon à la glycérine neutre de Price	30 grammes.
M. s. a.	

Ou bien :

Acide phénique	1 gramme.
Axonge	2 —
Lanoline	38 —
M. s. a.	

Conduite à suivre en présence d'un cas d'urticaire. — Si l'urticaire est aigüe accidentelle, le régime pendant quelques jours, au besoin un purgatif léger, de la quinine s'il y a la fièvre, localement des lotions vinaigrées et de la poudre d'amidon suffiront pour la faire disparaître dans la grande majorité des cas.

Si elle est chronique et rebelle, il faut avant tout, ainsi que nous l'avons expliqué plus haut, instituer une médication appropriée à la cause de l'affection, ou tout au moins aux divers troubles viscéraux qui l'accompagnent. Si la pathogénie n'est pas très nette, il vaut mieux, au lieu de tâtonner, mettre d'emblée le malade au régime lacté (voir plus haut les détails) et lui donner les pilules à la quinine, à l'ergotine, et à la belladone que nous avons indiquées.

Au point de vue local on fera des lotions vinaigrées ou phéniquées ; sur les points les plus douloureux on mettra un peu de pommade phéniquée, et l'on poudrera avec de la poudre d'amidon. Le linge de corps du malade sera imprégné de poudre, et il couchera dans des draps fins également remplis d'amidon. Si cette méthode échoue, on aura recours aux autres moyens que nous avons indiqués.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

Quelques notes sur l'uréthrotomie interne antiseptique, par M. Delefosse. — Il y a quelques années les uréthrotomies étaient souvent suivies d'accès fébriles que généralement on attribuait au passage de l'urine sur la plaie et à la résorption des matières toxiques de ce liquide. L'établissement de la sonde à demeure supprima en grande partie, mais non toujours, ces accidents. Depuis la découverte de la méthode antiseptique, trois éléments peuvent être incriminés dans la production de la fièvre urineuse : 1° bacteries contenues dans les urines et absorbées par la plaie. 2° bactéries du canal de l'urèthre. 3° germes introduits par la sonde par le cathétérisme. (*Annales des mal. des organes genito-urin., août* 90).

M. Delefosse pratique de la façon suivante l'antisepsie du champ opératoire et des urines. 3 ou 4 jours avant l'opération le malade prend quelques grammes de borate de soude ou d'acide borique en quantité proportionnelle à l'état des urines. Les lavages de l'urèthre et de la vessie, s'il est possible, sont faits à l'eau boriquée. Une demi-heure avant l'opération, le malade prend un cachet de 0 gr. 25 de sulfate de quinine, que l'on renouvelle après l'opération ; le gland est lavé avec une solution au 2/1000, entouré de compresses imbibées de la même solution. L'uréthrotomie est faite avec des instruments aseptisés ; après la section, une sonde n° 16 à 18 est mise à demeure pour 48 h. en moyenne. Cette sonde permet de faire de suite un lavage vésical, et reste débouchée pendant son séjour dans le canal. Deux fois par jour, il est pratiqué un lavage vésical ; de même avant l'enlèvement définitif de la sonde et la vessie est lavée. Avec cette méthode, l'uréthrotomie interne est devenue une opération très bénigne, mais à la condition d'exécuter ces soins minutieusement. H. M.

MÉDECINE

Gangrène de la jambe consécutive à l'influenza, par M. Loison. — Pendant la dernière épidémie d'influenza, la gangrène n'avait jamais été notée parmi les complications de cette maladie. Le Dr Loison en rapporte une observation. (*Lyon, med. août* 90).

Il s'agit d'un homme, sans antécédent paludéen, syphilitique ou rhumatismal, convalescent d'une grippe légère, chez lequel la gangrène débuta brusquement par un engourdissement de la jambe gauche depuis le genou, la diminution de la sensibilité et des fourmillements dans le mollet. Ces phénomènes n'ont pas mis plus de 2 ou 3 minutes à se produire. Le lendemain la jambe est froide et violacée au-dessous du genou et vers la partie inférieure de la région poplitée. Paralysie et anesthésie, aucun battement artériel. Vives douleurs dans la zone de séparation de la peau saine, au-dessous du genou.

Trois semaines se passèrent sans que le malade présentât le moindre accès de fièvre ; la jambe offrait l'aspect momifié de la gangrène sèche.

L'amputation de la cuisse fut pratiquée le 19 février, au tiers inférieur, sans hémorragie. L'artère fémorale était oblitérée par un caillot dur et solide. La plaie se cicatrisa sans accident.

Examen de la pièce. — Au niveau de l'amputation, l'artère fémorale était oblitérée par un caillot dur, grisatre, légèrement adhérent aux parois, descendant jusqu'au milieu de l'artère poplitée ; les artères tibiale et péronière étaient à peu près vides. La veine fémorale était oblitérée par un caillot de con-

Digitized by Google

sistance plus molle. Les tissus du pied étaient secs, durs et raccornis.

Tous les vaisseaux (artères et veines) étaient souples; l'examen microscopique de l'endothelium ne peut être pratiqué, à cause de l'état avancé de gangrène. En résumé, gangrène de la jambe, causée par l'influenza, par le mécanisme d'une embolie, mais dont le point de départ ne peut être précisé.

H. M.

Recherches sur l'étiologie de la gangrène pulmonaire, par MM. Hirschler et Terroy (*Wiener medizinische Presse*, 1890, nos 18-19). — L'étude bactériologique des crachats a permis aux auteurs d'isoler à côté des staphylococcus pyogènes auréus, albus; citréus, céréus albus, du bactérium pyocyonéus, du micrococcus tetragenus, un monocoque particulier se développant sur la gélatine et sur la gélose en donnant une culture plate, grise et exhalant des produits d'odeur fétide, comme l'indol et le scatol. Ce microbe se colore difficilement par la méthode de Gram.

Ce même organisme se retrouve dans le foyer de gangrène pulmonaire et sa culture injectée aux animaux les tue après phénomènes fébriles, lors d'injection intra-veineuse et après gangrène pulmonaire lors d'injection directe dans cet organe.

Les substances qui entravent le mieux le développement du microbe sont, par ordre, le sublimé, l'acide phénique, l'eucalyptus, la térebenthine, le menthol, le myrtol et l'alcool. Malheureusement par l'inhalation simple, ces médicaments n'arrivent pas jusqu'au foyer de gangrène. Il est donc logique de pratiquer des injections intra-pulmonaires. H. G.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Action de l'iode et des iodures sur la pression artérielle, par MM. Prévot et Binet. — Nos confrères distingués de Genève continuent leurs études expérimentales sur les médications nouvelles. Ils ont essayé les iodiques sur le lapin et obtenu des résultats qui, sans être décisifs, infirment en partie les travaux de Lapicque, sur l'action vasculaire de l'iodure de potassium, mais ne modifient point celles de MM. Eloy et H. Huchard (1) (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 20 août 1890).

Voici leurs conclusions : l'*eau ioxée* et les *solutions ioxo-iodurées* n'ont pas modifié la pression quand elles étaient injectées dans les veines. L'*iodure de potassium*, introduit dans l'organisme par la même voie, agit comme le potassique à faible dose et augmente la pression. A dose plus forte il produit une chute de pression artérielle. L'*iodure de sodium* est moins dangereux et, à doses élevées, produit une augmentation temporaire de la pression suivie d'une période d'abaissement progressif.

Reste à savoir, ajoutent MM. Binet et Prévost, si à l'état morbide, et quand il y a hypertension, ses effets ne sont pas plus manifestes. D'ailleurs, dans le traitement de l'artériosclérose, on peut aussi, pour expliquer l'efficacité de la médication, invoquer l'action favorable des iodiques sur la nutrition générale. S. R.

Action de la strychnine sur l'encéphale, par M. Biernacki. — La strychnine agit sur l'encéphale en diminuant l'excitabilité de l'écorce cérébrale. Mais il est douteux que cette influence s'exerce directement sur la substance grise. (*Therap. Mon H.* 8, 1890).

Il est plus probable que cette modification de l'encéphale est favorisée par l'excitation concomittante de la moelle et de quelques autres parties du système nerveux central. Cette propriété physiologique de la strychnine pourrait servir à expliquer l'efficacité de son emploi dans la dipsomanie et dans l'insomnie.

Emploi du bromoforme dans la coqueluche, par M. A. N. Neumann. — Contrôlant les résultats obtenus par Stepp, l'auteur a employé les mêmes doses et le même mode d'administration que ce dernier. (*Therap. Monut. H.* 7. 1890).

Après avoir passé en revue les 61 cas qui forment sa statistique, il conclut à l'efficacité du médicament contre les quintes de coqueluche. Mais il lui refuse tout caractère spécifique et il le met sur la même ligne que le quinine et l'antipyrine.

A. W.

Du traitement du choléra par le salol, par M. Hekia. — Dans une série de douze cas traités par ce médicament, ingéré par doses de cinquante centigrammes, toutes les deux heures, l'auteur a obtenu douze succès. (*Indian. Med. Gaz.*, mai 1890).

Dans une autre série où on fit usage des sels de mercure, on compta 44,7 décès pour cent. Sous l'influence du salol, l'état général s'amendait, la diarrhée diminuait ainsi que les vomissements. Enfin la convalescence était abrégée. Par contre, M. Stevenson a été moins heureux et, dans une série de quatre cas traités par la même médication, a compté quatre échecs.

S. R.

TOXICOLOGIE

Intoxication par le naphtol B, par M. L. Desguin. — On admet que cet agent antiseptique devient toxique seulement à la dose de 26 grammes pour un homme du poids moyen de 65 kilogrammes. (*Annales de la Société de Méd. d'Anvers*, juin 1890).

Cependant, après avoir fait ingérer à une malade, dans le but de la préparer à une opération de kolpo-périnéorrhaphie, une dose de 15 centigrammes de naphtol B., M. Desguin a constaté la coloration noire des urines, l'état asphyxique du sang, de l'asthénie cardio-pulmonaire et des troubles gastriques. On dut surseoir à l'opération; et comme la malade n'avait ingéré aucun autre médicament, on est forcé d'attribuer au naphtol ces accidents toxiques.

On voit, par là, que l'emploi de cet antiseptique n'est point, autant qu'on l'affirme, exempt d'inconvénients.

S. R.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

Du manuel opératoire de l'hysterectomie vaginale totale

par M. le Dr Péan,

Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis (1)

L'utérus, quand ses lésions n'occupent pas un grand volume, quand il a conservé sa résistance et sa mobilité, peut être extirpé très rapidement, grâce au pincement préventif des vaisseaux qui occupent ses parties latérales. Cette opération ne nécessite aucune ligature.

Mais dans le cas où son tissu est ramolli par le processus inflammatoire, lorsqu'il est infiltré de pus ou lorsqu'une dégénérescence a altéré sa consistance, à plus forte raison, quand il est le siège de tumeurs dont le volume atteint ou dépasse celui d'une tête de fœtus à terme, il est indispensable de le *morceler* pour en faire l'ablation.

Voici comment nous procédons dans ces cas :

La malade anesthésiée est couchée sur le côté gauche, la vessie et le rectum ayant été préalablement vidés et la vulve rasée. La cavité vaginale étant rendue asep-

(1) Eloy : *Dictencyclopédique des sciences méd. et Gaz. hebdomadaire* 1888, art p. 324. Eloy et Huchard, *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1890, p. 228).

(1) Communication du Congrès de Berlin.

Digitized by Google

tique et toutes les précautions antiseptiques ayant été prises, du reste, deux aides, placés de chaque côté de la malade, maintiennent le vagin largement ouvert au moyen de quatre valves coudées à angle droit.

L'opération en elle-même, comprend les temps suivants: 1° l'abaissement et la dissection du col; 2° l'hémostase des ligaments larges au moyen de pinces; 3° l'ablation du col; 4° le morcellement et l'ablation du corps de l'utérus.

1° L'ablation du col est faite au moyen de pinces dentées. A l'aide de ciseaux droits et du bistouri on le sépare des tissus environnants, en remontant jusqu'au corps exclusivement. Cette dissection est faite sur toute la périphérie de manière à séparer complètement l'utérus de ses insertions vaginales; elle entraîne nécessairement l'ouverture du péritoine.

2° L'hémostase des ligaments larges est faite à ce moment. On saisit avec des pinces à longs mors, et en les plaçant aussi haut que possible, des deux ligaments larges près de l'utérus. Si les pinces ont des mors assez longs et si elles ont été bien fixées, on peut être certain qu'il ne n'écoulera pas de sang.

3° Pour extraire le col, après cette hémostase préventive, on le maintient abaissé au moyen d'une pince à dents tenue de la main gauche pendant que la main droite, armée d'un bistouri droit, incise les parties latérales du col, de l'intérieur vers l'extérieur, dans toute leur hauteur. On résèque ensuite les deux moitiés du col utérin au moyen de ciseaux courbes ou de bistouris sans perdre de sang. Si un vaisseau venait à saigner par exception, il suffirait d'appliquer une pince hémostatique.

4° On incise ensuite le corps comme on a incisé le col, c'est-à-dire sur les parties latérales et de dedans en dehors. On a divisé ainsi le corps utérin en deux moitiés antérieure et postérieure. On saisit les deux moitiés l'une après l'autre, au moyen d'une forte pince à dents; on abaisse d'abord la moitié antérieure, dont on opère le morcellement, c'est-à-dire le fractionnement, en même temps qu'on morcelle la tumeur s'il en existe une; on agit de même avec la moitié postérieure, jusqu'à ce qu'on aperçoive le fond de l'utérus. Dans certains cas on est forcé de commencer par la moitié postérieure.

Lorsqu'on aperçoit le fond il faut compléter l'hémostase des ligaments larges dont la partie supérieure est devenue accessible à la vue. On saisit alors ces ligaments avec de nouvelles pinces, droites ou courbées, de telle sorte que l'hémostase préventive des ligaments larges est faite en deux ou trois temps: 1° pour l'incision des parties latérales de l'utérus; 2° pour l'excision du fond.

L'opérateur, n'ayant plus à craindre d'hémorragie, excise le fond de l'utérus en continuant le morcellement. Cette opération se termine rapidement, sans aucune difficulté, quels que soient la friabilité du tissu utérin, la dureté des adhérences et le volume des productions morbides contenues dans l'utérus.

Dans les cas où les ovaires et les trompes de Fallope sont altérées, on en fait l'ablation. On les attire en bas, on place une ou plusieurs pinces à longs mors au-dessous et en dehors de ces organes, de manière à saisir tous les vaisseaux qu'ils reçoivent, et on résèque le long du bord interne de la pince.

Le pansement et les soins consécutifs doivent appeler toute l'attention du chirurgien.

L'utérus enlevé, la voie tracée est assez large pour permettre de faire une toilette minutieuse du péritoine et de le débarrasser des débris qui peuvent y rester adhérents. On fait soigneusement l'asepsie du champ opératoire et des parties voisines; on met une sonde à demeure dans la vessie et on remplit le vagin de petites éponges antiseptiques remplies d'iodoforme et pourvues d'un fil résistant qui servira à les retirer.

Les pinces hémostatiques placées sur les ligaments larges doivent rester en place pendant quarante-huit heures. Au bout de ce temps, on enlève les éponges et on retire les pinces en les ouvrant lentement et sans secousses. Nous n'avons jamais observé d'hémorragie au moment où l'on retire les pinces. A partir de ce moment, il suffit de faire des lavages trois fois par jour avec une solution de sublimé.

Généralement, les malades se lèvent le dixième jour et peuvent être considérées comme guéries le quinzième sans crainte d'accidents.

Sur 60 malades ayant subi l'hystérectomie vaginale totale pour inflammation, suppuration ou adhérences, nous avons eu 60 succès.

Nous en avons obtenu 98 0/0 sur 200 malades ayant subi l'hystérectomie pour myomes.

Telle est la méthode de morcellement que nous appliquons depuis environ douze ans à l'hystérectomie vaginale totale. C'est cette même méthode que nous avons proposée, il y a plus de trente ans, pour l'ablation des tumeurs profondément situées ou qui ont des rapports intimes avec des organes importants et indispensables à ménager. Au moyen de cette méthode qui nous permet d'agrandir le champ opératoire, nous avons pu enlever des tumeurs réputées jusqu'alors inopérables.

De ce qui précède, nous concluons :

1° Quand il s'agit d'une tumeur épithéliale du col, on peut extirper par fragments le col dégénéré, avant d'abaisser et d'exciser le corps de l'utérus, de telle sorte que le péritoine ne soit pas sali par les débris.

2° Si le corps de l'utérus est envahi par un carcinome ou un sarcome, on doit réséquer d'abord le col, puis on morcelle le corps utérin avec le produit pathologique, quelle que soit sa friabilité.

3° Dans les cas où l'utérus est ramolli, on détruit les parties par la suppuration; même s'il est rattaché aux

Digitized by Google

organes voisins par de fortes adhérences, son ablation est facile.

4° Il en est de même quand l'utérus est le siège de myomes du volume d'une tête de fœtus à terme et même d'une tête d'adulte.

5° L'ablation de l'utérus se fait constamment sans ligature et sans hémorragies.

6° L'hystérectomie doit être préférée à la castration tubo-ovarienne dans le traitement chirurgical des névralgies et des suppurations de l'utérus et de ses annexes, étant donnés les succès obtenus par notre méthode de morcellement.

7° Elle mérite également la préférence toutes les fois qu'il s'agit d'intervenir chirurgicalement contre les myomes du corps de l'utérus du volume d'une tête de fœtus à terme, attendu qu'elle donne des guérisons bien autrement complètes que la castration tubo-ovarienne qui expose les malades à la récidive et à des éventrations consécutives.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MÉDECINE

I. **Traitement de l'arthrite blennorrhagique par le cataplasme de Trousseau.** — Cette médication un peu oubliée, est en usage dans le service de M. Dieulafoy. Ses *indications* sont les suivantes : 1° douleur modérée ou déjà atténuée ; 2° épanchement abondant.

Le cataplasme, d'après M. Miropolsky, élève de M. Dieulafoy, se prépare ainsi :

Prendre un à deux kilogrammes de mie de pain coupée en petits morceaux et trempée dans l'eau durant cinq minutes. Les débarrasser de cette eau ; pétrir la pâte et étaler sur une compresse de toile rectangulaire.

Etendre à la surface du cataplasme la mixture suivante :

Camphre	7 grammes
Extrait d'opium	5 —
Alcool	4 —

Dans le cas de douleurs vives, ajouter :

Extrait de belladone	5 grammes

Immobiliser l'articulation et assujettir le pansement par des bandes de toile durant dix à douze jours.

OBSTÉTRIQUE

II. **Injections contre les douleurs de l'accouchement.** — Dans l'avant-dernier numéro de ce journal (1), on a pu voir les résultats avantageux obtenus par M. Bousquet (de Marseille), par l'emploi de la cocaïne contre les douleurs de l'accouchement.

Voici une formule dont M. Auvaerd fait usage et qui consiste à pratiquer les injections avec une solution mixte de cocaïne et d'antipyrine :

Antipyrine	5 grammes
Hydrochlorate de cocaïne	10 centigrammes
Eau distillée	20 grammes

S. R.

(1) Voir *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, n° 34.

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

Verdun (Meuse), 29 août 1890.

Observation de tétanos traumatique chronique d'emblée

L'enfant G. de S., près Verdun-sur-Meuse, travaillant dans une usine, reçut un coup de plane le 16 mars dernier, à la main droite, au niveau de la radis palmaire : plaie extérieure, hémorragie arrêtée provisoirement par le perchlorure et la compression ; menacé de gangrène, on dut renoncer à la ligature ; quand elle fut possible, la famille s'opposa à l'opération, et, par suite, d'autres hémorragies plus ou moins abondantes survinrent. Tout allait bien, cependant, sans mauvais aspect extérieur de la plaie ; quelques picotements dans la main, voilà tout, quand, le 11 avril, c'est-à-dire 23 *jours seulement* après l'accident, les mouvements de la mâchoire deviennent pénibles, quelques jours après, la raideur temporo-maxillaire est plus accusée, le pouls reste cependant sensiblement normal, les urines sont peu diminuées. On ne pouvait s'y méprendre : c'était le tétanos. Les jours suivants, en effet, les symptômes se confirment par la tension des muscles du visage, par l'amincissement des lèvres, le rétrécissement des yeux ; attitude initiale de l'opistothonos, pouls élevé, plus de 120 puls., trismus resserrant les arcades dentaires, incurvation en arrière, intelligence restée nette, perception précise de toutes les sensations, urine diminuée, constipation plus prononcée.

Dès le premier jour, c'est-à-dire le 11 avril, je prescrivis le chloral à dose élevée, mais je n'estime guère qu'à 1 gr. 1/2 à 2 gr. au plus la quantité de médicament avalée par le malade et par jour, quantité très insuffisante et que je considère même comme absolument négative. N'étant point sur les lieux, je renonçai aux injections de morphine. A partir du 15 avril, diminution du pouls, trismus de moins en moins prononcé, en un mot, atténuation graduelle de tous les symptômes. Régime tonique, ferrugineux à haute dose. Le 17 mai, le malade se lève ; le 1er août, il retravaille un peu ; aujourd'hui, à part un état d'anémie profonde et quelque difficulté dans la marche, qui est restée traînante, le malade va bien.

Ce cas mérite d'être signalé :

1° Parce que le tétanos est survenu seulement le 23e jour, avec une plaie ne présentant aucun caractère morbide appréciable.

2° Parce que le chloral ne me paraît pas, à une dose aussi peu élevée que 1 gr. 1/2 par jour, avoir pu provoquer la guérison.

3° Parce que cette dernière doit être considérée comme *absolument spontanée*.

4° Parce que le terme de tétanos traumatique chronique d'emblée paraît devoir être conservé, contrairement à l'opinion de certains auteurs.

Dr VILLARS.

LETTRES D'ALLEMAGNE

Autour du Congrès international de Berlin

Les Hôpitaux d'enfants. — L'Hôpital Frédéric

Jusqu'ici les enfants étaient reçus dans les mêmes hôpitaux que les adultes, ce qui existe encore dans d'autres établissements comme l'hôpital de Moabit et à la Charité.

Le nouvel *Hôpital d'enfants*, fondation privée de l'empereur et de l'impératrice Frédéric et d'autres donateurs (*Kaiser und Kaiserin Friedrich Kinderkrankenhaus*),

Digitized by Google

n'est pas encore complètement achevé. Il est situé loin du centre de la ville, presque vers les dernières maisons du quartier Nord, au coin de la Reinikendorferstrasse et de l'Exerzierstrasse. La visite de ce qui est déjà bâti a pour nous une grande importance, car nous avions le droit de demander à une création aussi récente de satisfaire à toutes les exigences de la prophylaxie et de l'antisepsie moderne. Ce devait être comme le dernier mot de la question.

Voici les renseignements que nous avons pu recueillir et les constatations que nous avons pu faire de visu, sous la conduite de M. Adolf Baginsky, médecin de l'hôpital, et de M. le Dr Glück, chirurgien.

Les bâtiments aujourd'hui édifiés comprennent : le pavillon de la policlinique, la buanderie et l'étuve, l'amphithéâtre et un pavillon d'isolement, celui de la diphthérie.

L'hôpital complet comprendra trois autres pavillons d'isolement (rougeole, scarlatine, coqueluche), une longue construction pour les affections non contagieuses, médicales ou chirurgicales et les bureaux et les logements pour le personnel administratif.

Le conseil municipal de Berlin a donné le terrain en forme de trapèze qui mesure 19,000 mètres carrés. L'établissement contiendra 250 et au besoin 300 lits, chaque malade aura un espace de 8 mètres carrés et un cube d'air de 32 mètres cubes. La limite d'âge des enfants admis sera 14 ans. A partir de 5 ans on séparera les sexes.

L'agencement général est le suivant : 1° sur le front, Reinickendorferstrasse, l'amphithéâtre, la buanderie et l'étuve, la policlinique, en tout trois pavillons séparés ; 2° sur la rue latérale, Exerzierstrasse, le service de médecine, l'administration, le service chirurgical, en une construction d'une seule venue ; 3° dans le jardin, en retrait, les quatre pavillons de contagieux, isolés par des futaies et orientés tous du Sud au Nord, de sorte que les fenêtres regardent l'Est et l'Ouest.

Le bâtiment de la *policlinique* est séparé de la rue par quelques mètres de jardin On franchit la porte, un escalier d'une dizaine de marches vous conduit à un vestibule qui se prolonge à droite en un long couloir.

A l'entrée, les enfants et leurs parents sont dirigés vers une petite salle d'attente, qui est la première pièce à droite, ouvrant sur le couloir.

Un assistant fait immédiatement le *triage* des contagieux et des non contagieux. Ces derniers seuls pénètrent dans la *salle d'attente générale*, dont la porte est à gauche en haut de l'escalier faisant face au couloir.

Cette pièce, garnie de banquettes à dossier en pitchpin, peut contenir une soixantaine d'enfants avec leurs parents ; elle mesure 5 m. 80 sur 7 m. 50.

Elle donne accès dans une *salle de repos* de deux lits, située près de la façade, sur la paroi opposée à l'entrée et destinée à étendre les enfants après les opérations, après la chloroformisation, etc.

A l'autre extrémité s'ouvrent par une porte les *lieux d'aisance* et une petite *salle de bains*, une porte sur le même plan fait pénétrer dans le *cabinet de consultation*, lequel a une sortie sur le vestibule. Une salle d'opération donne dans le cabinet ; on peut y faire l'obscurité pour l'examen des yeux, du larynx, des oreilles.

Aucun contagieux ne doit pénétrer dans cette partie de la policlinique; toutefois on y admet les tuberculeux.

Le long du couloir s'échelonnent quatre petites *chambres d'isolement* (diphthérie, scarlatine, rougeole, coqueluche), où l'on dirige, dès l'entrée, les petits malades.

Une petite barrière en fer ferme le couloir à l'endroit où commencent les locaux réservés aux contagieux, chaque enfant est placé seul dans une *chambre séparée* et c'est là qu'il reçoit sa consultation et les soins médicaux. Un assistant spécial doit s'occuper de ces malades et en isole les cas graves des cas bénins On attache une grande importance à cette mesure.

Des *lieux d'aisance spéciaux* servent à l'usage exclusif des isolés.

Le premier étage du pavillon de la policlinique comprend le *lazaret* ou quarantaine où doivent séjourner les enfants avant leur admission définitive dans les services, lorsque l'on craint une maladie contagieuse.

Un pavillon isolé et séparé nous semblerait préférable.

Ce service, complètement isolé, comme local et comme personnel, comprend six chambres à un seul lit, des lieux d'aisances, une salle de bain, deux pièces pour l'assistant, pour ainsi dire prisonnier, une chambre pour deux sœurs, un office, qui possède aussi une baignoire.

Comme annexe, sur le côté du bâtiment, dans le sous-sol et au-dessus existe la cuisine et ses dépendances, à entrée exclusivement extérieure, où la cuisson est faite à la vapeur dans des marmites à double fond pour tout ce qui n'est pas roti.

Les aliments sont conduits dans le corps de bâtiment principal de l'Exerzierstrasse par des souterrains et dans les pavillons sur des wagonnets.

A côté de la policlinique vient le pavillon destiné à la buanderie et à l'étuve.

Dans un hôpital d'enfants, l'étuve à désinfection compte comme une installation indispensable. Elle occupe ici le sous-sol, avec les chaudières destinées à fournir l'eau pour la buanderie et la vapeur pour le chauffage de l'établissement, à l'aide de tuyaux qui gagnent sous terre les diverses sections.

L'espace est calculé pour recevoir dans la suite six appareils à désinfection. Celui qu'on y voit installé aujourd'hui est le modèle créé par le directeur de Moabit et construit par la maison Rud. Otto Meyer (Hambourg-Berlin), vaste caisse, fermée par une porte métallique boulonnée ; à la partie inférieure sont placés les tuyaux de chauffe et les bouches de vapeur.

Un mur, à cheval sur l'appareil, sépare d'une façon absolue l'entrée et la sortie de l'étuve, le côté où arrivent les objets contaminés de celui où ils sortent désinfectés. La buanderie occupe le rez-de-chaussée, tout y fonctionne par la vapeur, lessiveuse, essoreuse. Le dernier modèle consiste en un cylindre suspendu obliquement et animé d'un mouvement rapide. Un séchoir à vapeur complète cette installation très propre à voir. Un espace réservé permet aussi d'étendre le linge dehors.

Provisoirement, l'administration loge dans ce pavil-

Digitized by Google

lon. On a ménagé aussi l'emplacement d'une salle de conversation, d'une salle de conférences pour les médecins et d'un grand laboratoire dont l'outillage se complètera dans la suite.

L'*amphithéâtre* comprend, au rez-de-chaussée, l'habitation du garçon, la salle d'autopsie, la salle des morts et la chapelle ; au-dessus, trois pièces pour les travaux scientifiques.

Des *pavillons d'isolement*, un seul, celui de la diphthérie, peut donner l'idée de l'installation.

C'est le premier pavillon qu'on rencontre à la sortie de la policlinique, dont le séparent un bout de jardin et quelques massifs. Comme son isolement doit être sévère, il doit être installé de façon à se suffire à lui seul, à constituer un petit hôpital, un état dans l'état.

La construction, sauf du côté de l'entrée où il y a deux étages, n'a qu'un rez-de-chaussée surélevé de quelques marches. Le pavillon s'étend en longueur avec un couloir au milieu tout du long, éclairé par des vasistas mobiles.

En façade, quatre fenêtres et la porte; de chaque côté, quatorze fenêtres.

De l'entrée, exposée au Nord, on pénètre dans le vestibule, que ferme une barrière en fer. Un escalier monte au premier étage.

On ne peut pénétrer que par la chambre de la concierge, qui conduit dans l'intérieur et à deux pièces réservées à la désinfection et au changement de vêtements ; un lavabo, une salle de bain pour les personnes qui rentrent ou sortent.

Les malades ont, pour les recevoir à l'entrée, une salle spéciale avec baignoire, c'est la deuxième porte de gauche ; de l'autre côté de l'escalier, l'office, la salle d'opération, éclairée par trois fenêtres le jour, et le soir par le gaz. Nous aurions aimé y voir l'électricité.

Deux salles de quatre lits chacune ouvrent par les deux premières portes, à droite et à gauche, dans le couloir. Elles sont destinées aux trachéotomies.

Près de la tête de chaque lit est établi un *tuyau* deux fois coudé à angle droit, qui amène *de la vapeur d'eau* et permet de faire de la pulvérisation à volonté.

La monture des croisées et fenêtres est en fer et le plafond survouté.

Après le logement des sœurs on trouve une succession de salles. Le principe qui a présidé à la disposition intérieure est celui de la séparation des *cas graves*, des *cas moyens* et des *légers*. Plusieurs raisons militent en faveur de ce principe; d'abord, la plus grande surveillance exigée par les cas graves, puis ce fait d'observation que les cas légers semblent s'aggraver lorsqu'on les laisse mélangés aux cas graves.

Les locaux qui se succèdent le long du couloir, sont donc d'abord deux salles à deux lits pour les cas graves; puis une barrière en fer qui les sépare de deux autres salles à huit lits, pour les cas moyens et légers. Chaque catégorie possède des *cabinets* et des *bains particuliers*.

Au fond du pavillon, une salle de six lits pour les *convalescents* ou les cas très-légers. Enfin, sur la face sud du bâtiment, une véranda pour faire prendre l'air à ces enfants.

Les pièces du premier étage servent à loger six sœurs, deux filles de service et un assistant.

Aucune des personnes employées au service de la diphtérie ne doit communiquer avec le dehors, aucune personne du dehors ne doit communiquer avec celles du dedans.

Tous les *linges souillés* par les malades, jetés dans une espèce de monte-charge, gros tuyau en fer, tombent dans un *baquet rempli d'acide phéniqué à 5 0/0* placé dans la cave, qui ne communique pas autrement avec le pavillon, mais s'ouvre à l'extérieur pour permettre aux garçons d'emporter ce linge à l'appareil de *désinfection*.

Les aliments sont apportés sur des wagonnets qui restent au dehors, les récipients sont passés par la fenêtre.

La ventilation a lieu par deux prises d'air dans le jardin, l'air se chauffe au contact des tuyaux de vapeur; il sort, par deux autres tuyaux d'appel, également chauffés. Pour le bien, cet air contaminé devrait être porté à 110 degrés au moins de chaleur humide, pour détruire les germes.

Le pavillon de scarlatine, encore inachevé, affecte une disposition analogue, sauf qu'on ne ménage pas autant de catégories d'isolement. Il y a seulement, au premier, une petite salle d'opérations, et l'assistant loge au rez-de-chaussée.

La brique constitue la majeure partie des matériaux de construction. A l'intérieur, elle est revêtue, dans certaines parties, de carreaux de faïence jusqu'à la hauteur de 1m70 (salle de consultation), et dans les autres recouverte d'un crépi qui n'est pas lisse. Le stuc est préférable. A cette observation, M. Adolf Baginsky nous a répondu que le stuc coûtait beaucoup trop cher. Le crépi, du reste, est peint à l'huile et peut facilement se laver.

Les encadrements des portes, en briques vernissées, forment saillie ; il y a des angles rentrants aux jonctions des parois, les murs et le sol se raccordent aussi à angles, ce qu'on aurait pu éviter.

Le sol bétonné, pavé de mosaïque, permet une désinfection sérieuse.

L'ameublement en fer, pour la grande partie, permet la désinfection.

Tout ce qui est chauffage, ventilation, est fait au moyen de la vapeur produite dans le pavillon spécial, d'où partent les tuyaux de distribution.

On voit qu'à part quelques légers détails, faciles à modifier, cet hôpital nous montre une installation de premier ordre.

Dans un quartier tout à fait opposé et remplissant aussi un but opposé, l'hôpital Sainte-Elisabeth (*Elisabeth-Kinderhospital*), surtout destiné aux chroniques, occupe, comme emplacement, l'extrémité du quartier Sud-Est de Berlin, Blücher strasse 7 a, Hasenhaïde, 80, 87, au delà des faubourgs et des wirthschaften.

Sa date de fondation remonte au 13 avril 1843; c'était d'abord une modeste maison. Il occupe aujour-

Digitized by Google

d'hui 27,000 mètres carrés, a trois étages et grenier, et contient cent huit lits.

Au moment de notre visite, l'établissement était un peu vide, les enfants étaient dans les *salles d'été* au premier. Celles-ci, de 11 m sur 6, n'ont *pas de fenêtres*; de larges baies, fermées par des stores, ouvrent directement sur la campagne. Derrière le jardin s'étend une large lande plantée de sapins, dont la résine envoie ses senteurs jusque dans les chambres, au plus grand bien des petits scrofuleux qui y séjournent jour et nuit depuis le mois de mai. Même disposition au second.

Ces pièces sont bien propres, ornées de peintures enfantines, nains, animaux qui peuvent amuser les enfants; mais peut-être aussi leur faire peur, à cause de leurs allures un peu fantastiques.

Dans une chambre isolée, à escalier séparé, deux petits coqueluchoux reclus sont tenus à l'écart.

L'établissement est divisé en cinq sections ou stations indépendantes, isolées, deux au premier et au second, une au rez-de-chaussée. Chaque section comprend une salle de quatorze lits, de 72 mètres carrés, une salle de sept lits, de 36 mètres carrés, une salle de jour de 36 mètres carrés, le tout avec bains, cabinets, escalier et couloir séparés.

La literie est en fer, le sol en mosaïque et tout le reste de l'installation propre et bien compris. Au sous-sol, bains et approvisionnement de sel de Stassfurth pour les enfants (Soolbad). Chauffage, cuisine, buanderie à la vapeur.

Sauf les lits donnés (Freibet), les autres sont payants, 1 mark 60 par jour environ. L'année dernière le prix de revient de la journée a été de 1 mark 67.

On construit dans le jardin des baraques isolées pour une douzaine de diphthériques et autant de scarlatineux. Le reste de l'installation est dans des conditions analogues.

L'hôpital d'enfants de Sainte-Elisabeth n'a pas un roulement très actif. Du 1er avril 1889 au 31 mars 1890 on y a traité 322 enfants fournissant 26,154 journées, la grande majorité atteints d'affections chirurgicales et de lésions chroniques, scrofulo-tuberculeuses et autres.

Pour juger de la population qui fréquente l'établissement, il suffit de parcourir le compte rendu de la dernière année, on y voit : rachitisme, 31 cas; scrofule, 19; Ostéites, arthrites tuberculeuses, mal de Pott, 83; déviations vertébrales, 16; fractures diverses, pseudarthrose, ankylose, 19; ostéomyélite aiguë, 2; adénites suppurées, abcès, phlegmons, 26; eczéma, pemphygus, 10; gastrite, entérite, 9; fièvre typhoïde, 2; péritonite tuberculeuse, périthyphlite, 4; pneumonie, bronchopneumonie chronique, 30; pleurésie simple, suppurée, 6; néphrite, hydronéphrose, 7; rhumatisme, 2; affections cardiaques, 2; chorée, 8; otite moyenne, 4; méningite cérébrospinale, tuberculeuse, 5; paraplégie diphthérique, infantile, 6; bec de lièvre, hydrocèle vaginal, 4; kyste congénital du cou; phimosis, 2; blessures, 13; affection des yeux, 6.

Pendant la même année, le Dr Schütte a fait les opérations suivantes : ostéoclasie, 11; ostéotomie du fémur, du tibia, 8; résection de la hanche, du genou, du cubitus, de l'humerus, de côtes, 18; arthrectomie, 3; ablation de sequestres, 4; néphrotomie, 1; extirpation de ganglions lymphatique, 6; opération d'hydrocèle vaginale, 2; ablation de kyste congénital du cou, 1; trachéotomie, 1.

Sur ces 55 opérations il y a eu 2 morts, résection de la hanche et trachéotomie, 14 états stationnaires et 39 guérisons, soit environ 70 0/0.

Le nombre habituel d'enfants présents à l'hôpital est d'environ 71 à 72 en moyenne, il a atteint 84.

La mortalité générale a donné 10 1/2 0/0.

A l'hôpital est annexée, depuis le mois de juillet, une maison de convalescence (Kinder-Genesungs-Asyl) à Deep, près de Colberg, sur le bord de la mer, élevée à l'aide de dons; mais où cependant chaque enfant paie un mark par jour. Il peut contenir trente enfants.

Le service d'enfants de M. Hénoch se trouve à *l'hôpital de la Charité*, les non contagieux au premier étage du bâtiment commun aux différents services (Vieille-Charité), les contagieux dans un groupe de pavillons bâti en avant de la façade, près du chemin de fer (Nouvelle-Charité).

Ces pavillons affectés à la diphthérie, à la scarlatine et à la rougeole, sont disposés en rayons autour d'un centre commun occupé par un vestibule et un couloir avec escalier central pour l'étage supérieur du corps de logis qui sert d'entrée. Le reste n'a qu'un rez-de-chaussée. La particularité de la construction consiste dans l'éclairage des salles assuré par le *vitrage du plafond*, sous forme de petits toits, de sorte qu'on peut examiner la gorge des enfants sans être obligé de les lever.

Le reste de l'installation comporte les perfectionnements modernes, bétonnage du sol, étuve, buanderie.

Dr H. Gillet.

REVUE CRITIQUE DES CONGRÈS

La 88e réunion de l'Association médicale britannique (1).

Clinique chirurgicale. — IV. **Des indications de la laparotomie dans l'obstruction intestinale.** — On attend généralement trop tard pour opérer et M. G. Smith, qui regrette ces retards les attribue à un diagnostic insuffisant de l'état de l'intestin. Pour remédier à cette insuffisance, il propose donc de tenir la conduite suivante.

Au début, administrer un lavement alcoolisé, anesthésier; puis pratiquer une incision exploratrice de cinq centimètres. C'est alors le moment de prendre une décision.

Se décide-t-on pour l'opération? M. G. Smith est partisan de cette dernière, mais son collègue M. Mayo Robson la considère comme mauvaise, après l'avoir vu pratiquer, dit-il, une cinquantaine de fois. Il y a donc désaccord des chirurgiens anglais sur ce point.

En tout cas, il faut préparer le malade avant toute intervention : M. Jesset comme M. G. Smith l'admet. Insdispensable dans les cas les plus graves, cette préparation consiste à vider l'estomac au moyen de pompe, à en faire le lavage et à prescrire des lavements alcoolisés.

On arrive sur l'anse intestinale, Est-elle gonflée de gaz ou

(1) Suite et fin. Voir nos 32 et 34.

Digitized by Google

de liquide ? On la ponctionne avec un trocart ; on donne issue à son contenu et, durant le temps de l'opération, on suspend l'administration du chloroforme. Dans un cas semblable, M. Mayo Robson a introduit et laissé en place un tube de caoutchouc dans l'intestin. Celui-ci est utile quand il y a paralysie de l'intestin.

On ferme ensuite la plaie intestinale par un point de suture et on réunit.

Faut-il inciser une portion du tube intestinal ? M. Jessett recommande la réunion des deux bouts de cet organe par les plaques de Senn. Enfin, autre recommandation plus banale de M. K. Franks : il faut éviter l'emploi de l'opium.

Clinique obstétricale et gynécologique. — I. **De la blennorrhagie comme cause des inflammations pelviennes.** — Depuis la découverte du microbe de Neisser, l'infection gonococtique est devenue pour certains observateurs la cause principale des salpingites, des ovarites et des abcès ovariens. M. Bantock (de Londres) n'est point de ceux qui partagent ces opinions exagérées. Pour sa part, il n'a jamais vu, dit-il, une seule de ces affections dont l'origine fut telle.

D'ailleurs pour combattre cette doctrine, il s'appuie sur un travail de Nœggartt, paru en 1872, intitulé : De la blennorrhagie latente chez la femme, et connue par l'exagération de ses conclusions. Pour Nœggartt, la blennorhagie serait incurable. Quand on la croit guérie, elle demeure latente et sur cent femmes stériles, quatre-vingt-dix, écrivait-il, étaient unies à des hommes qui avaient été infectés avant leur mariage.

Tels sont les raisons que M. Bantock fait valoir en faveur de la thèse qu'il soutient. *Contraria contrariis demonstrantur* : c'est une manière de proverbe. Est-ce un argument vraiment scientifique ?

II. **Statistique de 327 opérations de fibrômes utérins.** — Dans cette statistique la léthalité n'a point dépassé 1/8 pour 100.

Dans une série de 219 opérées, quatre succombèrent des suites de l'opération ; trois n'ont point été guéries et ont dû subir l'hystérectomie. Dans trois cas, il y a eu, M. Lawson Tait le déclare, une erreur de diagnostic, on croyait à un fibrôme et il s'agissait d'un sarcôme. Une malade seulement, contrairement à l'opinion trop absolue de Kerth, a été atteinte d'accidents névropathiques.

Dans une série de 215 opérées, il y a 201 cas de guérison durable, que l'on a pu constater dans un délai de deux à sept années. Enfin dans 179 cas, M. Lawson Tait a noté, après l'opération, l'arrêt immédiat et définitif de la menstruation.

Cette statistique chirurgicale n'est point de nature à satisfaire les avocats du traitement électrique des fibrômes utérins.

M. Lawrence est de ceux-là et pour le prouver il a déclaré qu'il a fait usage du courant électrique 600 fois, avec une intensité de 200 à 250 milliampères et sans le moindre accident.

Toutefois, il avoue que la moitié des cas tout au plus sont justiciables du courant électrique et que si, après trois ou quatre séances, aucune amélioration n'est obtenue, il convient d'avoir recours à la méthode sanglante.

C'est une opinion dont la modération ne paraît point habituelle à la plupart des spécialistes en électrothérapie utérine. Pour ce motif, elle méritait d'être signalée.

III. **Faut-il pratiquer l'opération césarienne pour les rétrécissements extrêmes du bassin ?** — C'est une question que les accoucheurs anglais discutent avec ardeur.

M. Cameron estime que l'opération césarienne est formellement indiquée quand le diamètre conjugué vrai est inférieur à cinq centimètres et que l'enfant sera viable. Il la préfère à l'opération de Porro.

Il n'en est plus de même si la femme ne doit plus, à l'avenir, avoir d'enfants. M. Cameron prévient alors toute grossesse future par la ligature des trompes, mais sans exciser ces organes, vide l'utérus, le suture quand il est rétracté et pratique l'opération seulement au début du travail. Quant à la ligature élastique de l'utérus avant l'incision, il la condamne parce que, à son avis, elle diminue les chances de viabilité de l'enfant.

Ces conclusions sont-elles trop absolues ? M. Cullingworth le déclare, ne condamne pas la ligature élastique et n'admet pas qu'il soit possible de motiver une opinion ferme par un nombre de cas aussi restreint.

Le succès de l'intervention opératoire dépend beaucoup du moment même où on la pratique. C'est une vérité clinique que personne ne conteste et qui, même dans la bouche de M. Cullingworth, ne saurait passer pour originale.

Au lieu de recommander chaleureusement l'opération de Porro, dans certaines formes de placenta prœvia et selon la pratique de Tait, il vaut mieux essayer la version bipolaire par le procédé de Braxton Hicks : méthode trop peu usitée en Angleterre, mais actuellement en faveur auprès des accoucheurs allemands.

Au reste M. Cullingworth n'est point seul à protester contre la rigueur trop sévère de Tait, accusant le placenta prœvia de donner une mortalité de 30 pour cent, quand, en fait, elle n'excède point 3 à 4 pour cent. Il est donc aussi de ceux qui ne voient pas dans le placenta prœvia une indication à pratiquer l'opération de Porro.

M. Tait devait répondre à ces objections. Il l'a fait en mitigeant le radicalisme de son opinion et en déclarant que l'opération de Porro est justifiée seulement dans les cas de placenta prœvia *central* dont la mortalité s'élève à un cas sur quatre.

Il serait malaisé de dégager de ce débat des indications et des contre-indications fermes, sur la valeur respective de l'opération césarienne et de l'opération de Porro. Faut-il s'en étonner ? Non, la discussion manquait de précision et il serait désirable qu'elle fût traitée à nouveau et, si possible, résolue plus pratiquement.

IV. **Des procédés destinés à accélérer le travail.** — Autre question pratique. En obstétrique, comme en médecine et en chirurgie, il y a des questions de mode. Autrefois on attendait des efforts de la nature, parfois fort longtemps, l'achèvement du travail. Aujourd'hui on essaye trop volontiers de l'abréger. M. Playfair voudrait une mesure plus grande dans les interventions.

S'agit-il d'un col rigide et peu dilatable ? Il faut diminuer le spasme par les anesthésiques et en particulier le chloral dont l'action prolonge les douleurs et les rend plus efficaces, à la condition de le prescrire à la dose de un gramme, dose que, s'il y a lieu, on peut répéter une fois et même deux une heure après. Le chloroforme convient à une période plus avancée du travail ; cette opinion est partagée par M. Wright. La quinine à la dose de un gramme, possède aussi une action oxytocique, utile et, en tous cas, exempte des inconvénients des préparations d'ergot de seigle. M. Playfair recommande au besoin la dilatation digitale.

Les membranes sont-elles rompues, le col mou et peu dilatable ou sa lèvre antérieure placée entre le pubis et la tête ? Il suffit, par une manœuvre de léger refoulement, de dégager cette dernière.

Plus tard, dans la deuxième période de l'accouchement, on emploie le forceps. Ici encore, M. Cullingworth établit une distinction entre les cas où la tête est seulement engagée dans le détroit supérieur, et ceux où elle repose sur la concavité du sacrum. Dans les premiers, le forceps s'applique mal ; dans les seconds, il n'en est point de même. Bref ! L'application du forceps au détroit supérieur sera toujours motivée par des indi-

Digitized by Google

cations formelles car elle peut, on ne doit pas oublier, produire des déchirures vaginales.

Au lieu du forceps, on peut utiliser l'*expression du fœtus* par le procédé de Kristeller : l'accoucheur étant placé à côté de la femme qui est dans le decubitus latéral gauche et exprimant le corps de l'utérus pendant la durée de chaque douleur. C'est, de l'avis de M. Playfair, un procédé dont on ne doit jamais faire usage après la rupture des membranes.

Les accoucheurs anglais, comme les praticiens les plus expérimentés des autres pays, redoutent l'empressement intempestif de ceux qui entendent intervenir trop souvent. Dans un accouchement, il n'est pas moins utile de savoir attendre que d'opérer opportunément.

LARYNGOLOGIE ET OTOLOGIE. — I. **Traitement de la tuberculose laryngée.** — La curabilité de cette tuberculose, en tant qu'affection locale, ne semble pas absolument douteuse à M. CHARTERS SYMONS.

Il conseille d'abord le séjour à la campagne et une alimentation riche en corps gras ; le lait non écrémé par exemple, les pulvérisations de spray ; les iodures alcalins et le mercure à l'intérieur, enfin les attouchements avec le chlorure de zinc ou plutôt l'acide lactique.

Il les pratique suivant la technique suivante : solution à 10, 20, 30 et même 40 pour cent d'acide lactique ; frotter vivement l'ulcération avec un tampon imbibé de cette solution après une application préalable de cocaïne. Répéter le pansement tous les deux ou trois jours.

Dans le cas où les bords de l'ulcération sont indurés, il pratique le curetage, avant l'application de l'acide lactique, ou bien injecte dans les tissus ce même liquide, au moyen de la seringue de Hering.

Les mérites de l'acide lactique semblent plus douteux à M. HUMBERT MACKENZIE, qui, d'ailleurs, avoue modestement les insuccès qu'il a obtenus par l'emploi d'autres agents médicamenteux : le menthol et l'iodoforme. C'est peut-être là une sage réserve.

II. **Les formes du tintement d'oreille.** — Ce symptôme si banal d'affections très diverses a été étudié par M TURNBULL qui catégorise ainsi les formes de tintement auriculaire.

1° *Bruit de pulsation*, par hyperemie et accumulation de sang ou de pus dans le labyrinthe : anévrysmes, chlorose et anémie : en un mot : *tintements de cause locale et tintements par un bruit vasculaire.*

2° *Bruits humides* des catarrhes de la trompe, des otites externes ou des pharyngites.

3° *Bruits de cloche* : des affections du nerf auditif, de l'otite moyenne, des tumeurs cérébrales ou des méningites.

Il y a des *bruits d'origine professionnelle* : ouvriers d'usine, télégraphistes ; d'autres de *cause congestive* : dans la grossesse, l'alcoolisme, le tabagisme, le diabète, le mal de Bright et les intoxications.

S'il était toujours possible d'établir le diagnostic de ces formes, on s'explique aisément que la thérapeutique de ce symptôme aurait fait un grand pas. M. Turnbull ne le dit pas, mais le lecteur le pense, comme les congressistes réunis à Birmingham le pensaient aussi en écoutant sa communication.

Une classification nosologique, quelque ingénieuse qu'elle soit, ne suffit pas en effet pour conduire à des conclusions utiles à la pratique. Il en est ainsi d'ailleurs de la plupart des communications des congrès, et les travaux dont on a entretenu les médecins anglais à Birmingham, n'ont pas, à quelques exceptions près, donné un démenti à cette critique trop justifiée.

REVUE DES LIVRES

Technique des principaux moyens de diagnostic et du traitement employé en gynécologie, par M. le Dr SIMON DUPLAY (Asselin et Honzeau, Paris 1890).

Nous avons parcouru en entier ce livre et nous ne pouvons que remercier l'auteur d'avoir réuni dans ce volume les notions essentielles à tout praticien qui veut aborder la gynécologie journalière.

Nous ne saurions trop lui recommander la lecture de cet ouvrage où il trouvera tout ce qu'il faut pour faire bien. Sans entrer dans une analyse détaillée, nous dirons que le professeur a étudié dans un premier chapitre la technique des principaux moyens de diagnostic ; dans un second celle des principaux moyens et traitement.

Nous trouvons dans le premier d'excellents conseils pour l'examen, le toucher vaginal et rectal, le palper simple ou bimanuel, l'examen au spéculum, le cathétérisme de l'utérus, sa dilatation et le prolapsus artificiel.

Dans le second on étudie successivement les injections, les irrigations, les douches, le tamponnement du vagin, les cautérisations du col, enfin l'antisepsie en gynécologie. Il faut savoir un grand gré à M. Duplay, d'être partout entré dans les moindres détails ; d'avoir montré, par exemple, comment il faut faire prendre une injection à une femme, comment il faut cathétériser, dilater, abaisser l'utérus. En un mot, c'est là une œuvre de vulgarisation utile entre toutes pour le plus grand profit des maladies, des étudiants et des médecins.

Dr SCHWARTZ.

Maladie des organes génitaux de la femme, par M. le Dr KARL SCHROEDER (de Berlin). Traduit de l'allemand par E. Lauwers (de Courtrai). (2e édition, Manceaux, Bruxelles, 1890.)

La deuxième édition française du traité de gynécologie de C. Schroeder est due, comme la première, au docteur Lauwers de Courtrai. Elle ne diffère pas beaucoup de celle-ci qui a paru en 1886. Aussi ne donnerons-nous qu'une courte analyse pour les lecteurs désireux d'étudier l'œuvre magistrale de Schroeder.

Après un chapitre sur l'exploration en gynécologie, l'auteur entre immédiatement dans le cœur du sujet en étudiant les maladies de l'utérus ; il consacre surtout des efforts aux tumeurs et aux déplacements qui sont décrits de main de maître Les maladies des trompes (salpingite) n'occupent encore qu'une place très limitée, il n'en est pas de même pour tout ce qui concerne les tumeurs liquides ou solides de l'ovaire.

Le livre se termine par l'exposé des maladies du vagin et de la vulve.

Le lecteur y trouvera de très utiles enseignements sur la pratique gynécologique et en particulier sur celle du savant professeur que la mort a trop tôt moissonné.

Nos compliments à M. le docteur Lauwers pour la façon dont il a traduit l'original. Dr SCHWARTZ.

Traité élémentaire de pathologie générale, par H. HALLOPEAU, 3e éd., 2e partie. — Paris, J.-B. Baillière, 1890.

Il y a quelques semaines nous donnions une courte analyse de la première partie de cet important ouvrage : l'auteur nous en livre aujourd'hui la seconde partie. Elle contient l'étude des processus morbides : inflammations, hémorrhagies, hydropisies, dégénérescences, tumeurs ; celle des troubles fonctionnels des différents appareils ; les indications thérapeutiques. Nous signalerons en particulier les chapitres qui ont trait aux inflammations et à leurs rapports avec les microbes pathogènes, l'étude de la dyspepsie, question toujours à l'ordre du jour, si différente aujourd'hui de ce qu'on la comprenait il y a quelques années. Il suffit d'ailleurs d'ouvrir ce livre, pour constater que l'auteur n'a rien négligé pour le mettre au cou-

Digitized by Google

rant des découvertes les plus récentes de la science. Le traité de pathologie générale de M. Hallopeau a sa place marquée dans la bibliothèque de l'étudiant et du médecin qui désirent avoir une vue synthétique de la médecine et de ses progrès réalisés dans ces dernières années. Dr H. Marciguey.

LA RÉFORME DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Le recrutement du professorat en France et en Allemagne (1).

Lorsqu'on interroge un médecin français qui vient de passer quelques semaines en Allemagne sur l'impression que lui a laissée son voyage, il répond invariablement : « Les Allemands sont admirablement organisés ; ils travaillent peut-être moins que nous, mais produisent plus, et il serait à souhaiter que nous eussions pareille organisation ». Il ajoute toujours : « Allez les voir chez eux, vous y apprendrez beaucoup de choses et vous en reviendrez avec des idées très modifiées ». C'est également l'opinion que j'ai eue moi-même en 1882, après avoir passé trois mois en Allemagne. Dès cette époque, l'organisation des services était si parfaite en Allemagne que j'en revins avec une profonde tristesse dans l'âme, dont je fus plusieurs années à me consoler.

Trop jeune pour écrire mes impressions avec quelque chance d'être écouté, je m'étais toujours promis de le faire quand les circonstances me le permettraient.

Le Congrès de Berlin, en me ramenant en Allemagne, et le dernier article de M. le Dr Huchard, sur les réformes de l'enseignement, m'ont rappelé mes projets d'antan, que je m'empresse, enfin, de réaliser aujourd'hui.

Evidemment, il est très pénible d'avouer qu'on est inférieur à l'étranger, mais je pense qu'il est plus digne et plus patriotique d'avouer ses défauts et de chercher à s'en corriger, que de s'écrier avec emphase : « Nous sommes le premier peuple du monde. » Soyons modestes et rappelons-nous les dures leçons du passé !

Un grand peuple vaut surtout par son élite intellectuelle, par ses chefs et par ses savants ; or, en France, toutes les difficultés sont accumulées sur la route de celui qui veut se consacrer à la science. Pour quelques-uns qui surmontent les obstacles de bonne heure, combien d'esprits distingués qui sombrent dans les retards des concours, ou dans la déroute de la pauvreté ou des échecs injustifiés.

Dieu merci ! Nous avons encore assez d'hommes de valeur pour faire belle figure dans le monde, mais nous n'y occupons pas la première place, à laquelle nous donnent droit notre travail acharné et les brillantes qualités de notre race.

En France on arrive malgré les obstacles, et on donne rarement tout ce qu'on peut ; en Allemagne, on donne toujours *tout ce qu'on vaut*, et on arrive surtout grâce aux institutions bienfaisantes qui aplanissent toutes les difficultés sous les pas de l'homme de science.

Quelques bonnes réformes seraient le coup de baguette de la fée, qui transformerait notre situation actuelle, un peu maussade et assez sombre, en une radieuse apothéose.

Examinons donc et voyons au point de vue chirurgical !

A ne considérer que l'Allemagne, nous constatons à l'heure actuelle que les chirurgiens de ce pays écrivent beaucoup et de bons travaux ; ils ont des services admirablement organisés ; enfin, l'enseignement technique de la médecine existe chez eux bon ou mauvais, tandis qu'en France, il reste à l'état de pure hypothèse.

Nous passerons successivement en revue ces différents points. Quelle est la cause de la supériorité scientifique de nos voisins sur nous ?

Les Allemands prennent une part plus active que nous aux progrès de la science chirurgicale ; ils travaillent et produisent davantage. En France, nous ne possédons qu'une seule publication consacrée exclusivement à la chirurgie ; en Allemagne, je n'ai qu'à signaler les titres des principales revues et la qualité des articles parus dans les *Archiv für Klinische Chirurgie ; — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie ; — Sammlung Klinischer Vortræge ; — Centralblatt für Chirurgie* pour donner la démonstration de ce que j'avance.

En gynécologie, nous signalerons les *Archiv für Gynæcologie*, le *Leitschrift für Geburtshilfe und Gynæcologie* et le *Centralblatt für Gynæcologie*, dont la valeur est universellement reconnue.

On peut faire les mêmes constatations pour la médecine interne, la pédiatrie, l'anatomie pathologique, la bactériologie et l'anatomie normale ; mais je ne m'en occuperai pas, ce serait sortir de ma compétence.

Il n'est pas étonnant que les Allemands publient plus que nous ; en effet, quand on parcourt les universités allemandes, on est véritablement effrayé en constatant que les gens qui travaillent sont légion ; ce sont des professeurs encore jeunes (espèce disparue chez nous), ce sont des assistants et des *privat-docent*, qui font des recherches et de l'enseignement, grâce auxquels ils seront appréciés et appelés un jour à remplir les fonctions de professeur titulaire.

J'ai été stupéfait, je l'avoue, d'entendre un jour un partisan de l'ancien régime, répondre de la façon suivante : « Si les Allemands travaillent plus que nous, c'est une affaire de caractère et de tempérament ; qui empêche les jeunes gens de travailler en France ? Est-ce que tous nos grands hommes n'ont pas trouvé toujours le temps et le matériel pour leurs travaux ? » Ces raisons sont mauvaises, car si l'on n'empêche pas les gens de travailler, on ne leur donne, du moins, aucune facilité pour le faire. Et, s'il est vrai que les grands hommes triomphent de tout, nous dirons encore que ce ne sont pas seulement les grands hommes qui font avancer la science. Elle a besoin du concours de tous, et les hommes de génie sont souvent bien aises que des travailleurs plus obscurs leur aient épargné certaines recherches ou préparé leurs découvertes.

(1) Nous remercions chaleureusement notre estimé et cher collaborateur, M. le Dr Chaput, de l'intéressante communication qu'il nous adresse et qui confirme, elle aussi, la thèse déjà soutenue par M. Eloy et M. Huchard dans ces colonnes.
N. D. R.

Digitized by Google

Pour mieux faire comprendre ma pensée, j'esquisserai rapidement la physiologie du travailleur en Allemagne et en France.

Voici comment on arrive chez nos voisins. On fait rapidement ses études de médecine, et, vers vingt-cinq ou vingt-six ans, après avoir acquis ses grades de docteur et de *praktikant-artz*, on entre sans concours chez un maître qui vous a remarqué pour votre travail et votre intelligence, en qualité d'assistant. L'assistant est chargé du traitement et des opérations de la plupart des malades; le chef n'intervenant que comme consultant et n'opérant que les cas les plus intéressants. A partir de ce moment, plus de préoccupations d'examens ni de concours; le candidat n'a plus qu'à faire de la clinique, des travaux personnels et de l'enseignement, ce qu'il fait d'ailleurs en conscience quand il veut arriver. Un travail original, ayant quelque valeur, le fait nommer *privat-docent*, titre analogue à celui d'agrégé, et qui donne le droit, en même temps que le devoir, de faire des cours gratuits ou payants, au choix.

Quand, après cinq, six, dix ans de cette vie consacrée à la science, notre assistant est arrivé à se faire un nom, quand sa réputation a déjà, parfois, dépassé les frontières de son pays, il arrive, vers trente-cinq ans, au couronnement de sa carrière, par sa nomination au professorat dans une petite université d'abord; puis, à mesure que sa notoriété s'étend, il passe dans des facultés de plus en plus importantes, celles-ci se disputant à l'envi pour lui offrir des honoraires considérables.

Jusqu'à 35 ans, le candidat allemand ne fait guère de clientèle; comment donc vit-il? Est-il plus riche que son collègue français? Ici je touche au point le plus important de la question; l'assistant allemand n'a pas à se préoccuper de sa vie matérielle. Les fonctions d'assistant sont indéfinies, et pendant toute leur durée, le logement, la nourriture et 2,000 fr. par an lui sont assurés. Quand l'assistant est docent il ajoute à ces ressources, déjà considérables pour l'Allemagne où la vie est bon marché, il ajoute, dis-je, les produits de ses cours.

Eh bien! Voilà le grand mot lâché, l'Allemand travaille parce qu'il a des ressources pécuniaires assurées. Ajoutons qu'il a tout le temps pour le faire, qu'aucune préoccupation de concours ou autre ne vient le distraire et enfin que c'est pour lui la seule façon d'arriver.

Suivons maintenant l'évolution du travailleur français.

Vers la troisième année de médecine, il arrive à l'externat; après deux ans d'un travail forcené et héroïque, on le nomme interne des hôpitaux. On se plaît à répéter chez nous qu'un interne est l'analogue d'un assistant; — quelle erreur! — puisque l'auteur n'est pas docteur et n'a pas le droit d'opérer, puisqu'il ne passe qu'un an dans chaque service, puisqu'il a mille occupations qui le détournent des recherches originales — (examens à passer, concours d'adjuvat, de prosectorat; leçons à donner s'il est pauvre; soucis d'une installation quand il est en quatrième année), — puisque enfin il est payé d'une manière dérisoire, logé de même et non nourri. A moins de posséder une forte dose d'optimisme on avouera que l'internat est peu propre à faciliter les travaux personnels. Jusqu'ici l'interne n'a pu que faire une thèse, excellente parfois, bonne souvent. Il est nommé docteur à 28 ans et, à partir de ce moment, le voilà seul, jeté dans la vie sans appui, sans autres ressources que celles qu'il tient de ses parents; il n'a même pas un service où il puisse travailler à l'aise, les internes qui lui ont succédé le regardant de travers comme un intrus.

Cependant, comme impossible n'est pas français, notre candidat trouverait peut-être le moyen de faire quelques recherches personnelles, mais à quoi bon? C'est inutile pour le concours; bien mieux, cela peut nuire.

Par conséquent, voici une première constatation, le candidat français, au sortir de l'internat, est sans ressources pécuniaires, sans service et n'a nul besoin de faire des recherches personnelles pour poursuivre sa carrière. Que lui reste-t-il à faire, sinon de se lancer dans l'étude des questions en vingt minutes qui le feront triompher au concours et de se livrer un peu à la clientèle pour vivre.

Après cinq à six concours, vers 35 ans, de deux choses l'une, ou bien sa carrière est brisée par des échecs répétés et on le rejette, meurtri, brisé, ayant perdu l'enthousiasme et la foi, et souvent trop aigri pour faire de la clientèle avec succès; ou bien il est enfin nommé aux hôpitaux. Ce n'est pas encore à ce moment qu'il aura comme l'assistant allemand sa vie assurée et des ressources cliniques. Il est payé d'une manière insuffisante et attend encore cinq ans en moyenne avant d'avoir un service. Jusque là il concourra à l'agrégation, continuant d'apprendre par cœur; enfin, à quarante ans, il aura un service à lui.

A ce moment critique de l'existence il fera un retour sur lui-même et se dira qu'il est très beau de se sacrifier pour la science mais qu'il faudrait pourtant en finir avec cette existence de meurt de faim; d'ailleurs, le plus souvent il est marié, ses enfants, sa femme ne peuvent être condamnés toute leur vie aux privations. Renonçant alors aux travaux personnels qui avaient été le secret désir de sa jeunesse, il se lance à corps perdu dans la clientèle; puis, comme l'habitude d'apprendre par cœur lui est restée de ses concours, il continuera parce que cela lui donne peu de peine, et fera des leçons très chargées de noms propres qui frapperont d'étonnement les élèves stupéfaits qu'un homme puisse savoir tant de choses.

S'il est très sympathique à la Faculté, s'il fait peu de clientèle et s'il attire peu d'élèves à ses cours il aura de grandes chances d'être nommé professeur vers cinquante ans par ses collègues, jaloux de garder leurs clients et craintifs de voir un cours suivi par les élèves, ce qui contrasterait avec leurs succès d'enseignement.

A cinquante ans on est trop vieux pour se modifier, aussi notre individu finit-il comme il avait commencé, c'est-à-dire en ressassant des indications bibliographiques assez souvent inexactes.

Ainsi se développe, vit et meurt un candidat français qui avait peut-être l'étoffe d'un grand homme.

Dr H. Chaput.
Chirurgien des Hôpitaux.

Digitized by Google

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 septembre 1890

Présidence de M. le Dr TARNIER

M. ROUSSEL (de Marseille) présente deux malades qu'il a débarrassés, par les injections insterstitielles de sublimé, de tumeurs d'une apparence cancéreuse.

M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. GAVARRET. La séance est levée.

F. R.

INFORMATIONS

DÉPARTEMENTS

LILLE. — **La question des asiles d'aliénés au Conseil général du Nord.** — Des incidents divers survenus dans les asiles d'aliénés ont motivé le dépôt d'un rapport de M. Soufflet au nom du 2e bureau et tendant à ce que la projet sénatorial relativement au cumul des fonctions administratives et médicales dans les asiles d'aliénés soit modifié ainsi qu'il suit :

Au lieu de dire : « Les asiles publics sont administrés sous l'autorité du ministre de l'intérieur et des préfets des départements par un médecin-directeur responsable ; »

Rédige l'article de la manière suivante :

« Les asiles publics d'aliénés sont administrés sous l'autorité du ministre de l'intérieur et des préfets des départements par un *directeur administratif* qui ne pourra être, en aucun cas, l'un *des médecins de l'asile.* »

Des plaintes nombreuses se sont élevées contre l'organisation actuelle des asiles d'aliénés. On a eu, dans le département même, des exemples qui démontrent que la loi de 1838, n'interdisant pas le cumul des fonctions administratives et médicales dans les asiles d'aliénés, doit nécessairement subir des modifications.

Depuis sept ans, le Sénat est saisi d'un projet de loi relatif aux asiles d'aliénés, et la commission sénatoriale, allant beaucoup plus loin que le gouvernement lui-même, a admis le cumul.

Et pourtant, il y a un fait acquis, c'est que le cumul a pour résultat de sacrifier le médecin à l'administrateur. L'asile cesse d'être une maison hospitalière où les aliénés sont traités avec l'affection et les égards que mérite leur sort, pour devenir un atelier où on ne se préoccupe que de leur travail. On se rappelle le terrible accident survenu naguère à l'asile d'Armentières, où un aliéné a été brûlé vif par le fait de la négligence d'un gardien.

Le médecin reste placé sous les ordres d'un administrateur(!); il demande que le médecin reste un homme d'études, au lieu d'être une sorte d'agent comptable astreint par des règlements symétriques à n'avoir plus en vue que l'équilibre de son budget.

Ces considérations ont déterminé le Conseil général à formuler le vœu.

NANCY. — **Une Université nancéenne.** — Le Conseil général, appuyant les vœux des corps enseignants de cette ville, vient de demander l'érection de ce centre en Université.

ÉTRANGER

AUSTRALIE. — **Les sociétés de tempérance.** — Une statistique que M. Hagta vient de publier, énumère trente-deux sociétés pour l'année 1888 avec 75.586 adhérents. Depuis, ce nombre est encore en augmentation.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Nominations dans le corps de santé militaire. — *Au grade de médecin-inspecteur* : M. le Dr Mathis, médecin principal de 1re classe.

M. le médecin-inspecteur Weber est nommé directeur de l'Ecole de médecine à Paris.

(Armée territoriale). — *Au grade de médecin principal de 1re classe* : MM. Molinier et Mourlon.

Au grade de médecin principal de 2e classe : M. Boutonnier.

Au grade de médecin-major de 1re classe : M. Lacassagne.

Une épidémie de fièvre typhoïde. — A la suite des grandes manœuvres une épidémie assez grave s'est déclarée le 25 août sur le 18e régiment de dragons en garnison à Lunéville.

On a dû hospitaliser soixante-dix hommes à Toul, et faire évacuer la caserne et loger le régiment dans des baraquements hors de la ville. Cette épidémie diminue depuis trois jours.

ÉTRANGER

BELGIQUE. — **Les maladies des yeux dans la milice belge.** — Voici les statistiques de l'Institut ophtalmologique de Louvain en 1885, 1886 et 1887.

Sur 534 miliciens envoyés en observations en 1885, 466 étaient atteints de maladies des yeux, 68 de maladies d'oreilles.

Sur ces 466, 344 ont été jugés impropres au service, soit 77 0/0, et sur ces 68, 62 ont été réformés, soit 91 0/0.

En 1886, sur 685 il y a eu 591 réclamants pour les yeux, dont 410 ont été jugés impropres au service, soit 71 39 0/0 et 91 réclamants pour les oreilles, dont 84 ont été jugés impropres au service, soit 92 0/0.

En 1887, sur 783 réclamants, sont envoyés en observation : pour les yeux, 669 ; pour les oreilles, 114.

Sur ces 669, 486 ont été jugés impropres au service, soit 76.24, et sur ces 114, 108 ont été réformés, soit 95 0/0.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Ferrand (de Privas), Baume (de Quimper).

M. le Dr Gavarret, professeur de physique à la Faculté de médecine de Paris, inspecteur général honoraire des Facultés de médecine, vient de mourir au château de Valmont ; docteur en 1843, en 1858, membre de l'Académie de médecine, et en 1879, inspecteur-général, il laisse plusieurs brochures et des travaux un peu oubliés, ce qui s'explique aisément par les découverte de la physique moderne ; — M. les Dr Burguet (de Sollebœuf).

En Angleterre : M. le Dr S. Browne, chirurgien de l'hôpital des enfants de Belfast, et auteur de divers travaux, parmi lesquels des leçons sur la structure et les fonctions de l'œil humain ont eu un légitime succès, il y a vingt-cinq ans.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

OLIVIER. — Sur un cas de rétrécissement mitral avec insuffisance (*La Normandie médicale*, 1er mai 1890).

RAULIN. — Du coryza pseudo-membraneux (*Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 1er mai 1890).

SIRENA. — Sur l'influenza, observations bactériologiques (*La Riforma medica*, 19 mai 1890).

Le Directeur-gérant : HENRI HUCHARD.

Digitized by Google

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

QUATRIÈME ANNÉE N° 37 SEPTEMBRE 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

COMITÉ DE RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-André (de Bordeaux). — Service de M. le Dr A. PITRES,
Professeur de clinique médicale à la Faculté de Bordeaux.

Traitement des attaques convulsives hystériques (1)

I. *Moyens thérapeutiques préconisés par les anciens auteurs. Traitements dérivant de la théorie utérine de l'hystérie.* — II. *Conduite à tenir en présence d'une hystérique en état de convulsions ; moyens propres à arrêter les attaques.* — III. *Procédés à employer pour éviter la répétition immédiate des attaques. Effets spasmogènes et spasmo-frénateurs de la vision colorée. Application des lunettes colorées au traitement de certains cas d'hystérie convulsive. Exemple de guérison obtenue par ce moyen.*

Les attaques convulsives de l'hystérie ont relativement peu de gravité. Même quand elles se prolongent fort longtemps, même quand elles se répètent à de courts intervalles, elles ne mettent pas en danger les jours des malades. L'état de mal hystérique diffère notablement en cela de l'état de mal épileptique, lequel se termine habituellement par la mort dans un laps de temps restreint.

Néanmoins, il y a intérêt à faire cesser le plus tôt possible les paroxysmes convulsifs des hystériques, et je vais indiquer les moyens dont nous disposons pour atteindre ce but.

Rien ne montre, mieux que l'histoire des traitements appliqués aux convulsifs hystériques, l'influence fâcheuse des doctrines erronées sur la pratique médicale.

Pendant plusieurs siècles, on a considéré l'utérus comme l'organe provocateur des attaques convulsives de l'hystérie. On le supposait doué d'une sensibilité et d'une activité propres ; on l'accusait d'entreprendre des pérégrinations capricieuses au milieu des viscères abdominaux et thoraciques. C'est lui qui, s'agitant dans le ventre, donnait la sensation de boule mobile ; c'est lui qui, montant au cœur et à la gorge, provoquait les palpitations cardiaques et la strangulation.

L'indication thérapeutique qui découlait de ces doctrines pathogéniques, était très simple : ramener l'utérus à sa place et l'empêcher d'en sortir. Pour arriver à ce résultat, on pouvait employer soit la douceur et la persuasion, soit la contrainte et la violence.

Les procédés de douceur consistaient à offrir à l'utérus des satisfactions de nature à l'attirer et à le fixer dans le petit bassin.

Or, qu'est-ce que l'utérus aime par-dessus tout ? Au dire des anciens auteurs, ce sont les bonnes odeurs et les sensations voluptueuses.

Dès lors, quand on se trouvait en présence d'une personne en proie à des convulsions hystériques, il fallait oindre la vulve de substances aromatiques et provoquer le spasme vénérien, en même temps qu'on faisait inhaler à la malade des substances fétides afin de chasser la matrice des parties supérieures du corps.

Ces moyens ont été recommandés par les médecins les plus autorisés. Ambroise Paré énumère avec complaisance les parfums dont on doit enduire la vulve : gingembre, benjoin, thym, lavande, cannelle, musc, ambre et civette.

Pendant que ces parfums odoriférants sont dirigés sur la matrice, on enverra, dit-il, sur le nez et la bouche de la malade, des vapeurs de substances fétides *comme galbanum, sapagenum, ammoniacum, assa fœtida, bitumen, oleum gazatæ, huile de soulphre et de pétrolle ; aussi des chandelles de suif recentement esteintes, plumes de perdrix, bécasses et de tous autres oiseaux, poil d'homme, de bouc, de vache, drap, feutre, vieilles savates de souliers, ongles et cornes de bestes, poudre à canon et soulphre vif brulés et autres choses semblables, afin que cette puante vapeur contraigne la matrice d'aller en bas..., car la matrice fuit les choses puantes et se plaist aux choses odoriférantes.*

Si l'utérus ne se décidait pas à revenir assez tôt à sa place, on avait recours aux frictions clitoridiennes. Galien les faisait pratiquer par les matrones romaines. Forestus recommandait aux sages-femmes qu'il chargeait de cette mission, d'enduire leurs doigts avec de l'huile de musc, et il ajoute très sérieusement que ce mode de traitement est surtout utile chez les veuves, les filles chastes et les religieuses. Sauvage, ayant à soigner une nonne, fit pratiquer la titillation du clitoris par un chien.

Duret employa un procédé plus moral. Une de ses clientes ayant de grandes attaques de nerfs, il fit appeler son mari et ordonna à la malade « *ut rem cum uxore habueret* ». Et il ajoute, dans un langage admirable de précision et de laconisme : « *Rem habuit et statim convaluit.* »

Ambroise Paré approuve beaucoup ce procédé, mais il ne le croit applicable qu'après la crise. *Si la femme est mariée, dit-il, le paroxysme estant passé et la femme estant resveillée, qu'elle aye compagnie de son mari, car telle chose surpasse tous autres remèdes.*

La matrice résistant parfois aux moyens précédemment indiqués, on imagina de la ramener à sa place par des pressions habilement combinées et de la contraindre à y rester en appliquant sur le ventre une grosse

(1) Leçon recueillie par M. le Dr EMILE BITOT, chef de clinique de la Faculté.

Digitized by Google

pierre. Fernel prétend avoir réussi à repousser la matrice dans le bassin. *J'ai souvent senti, dit-il, qu'elle s'élevait vers l'estomac en forme d'une boule et qu'elle l'oppressait bien fort, et qu'étant plusieurs fois repoussée avec la main, elle retournait manifestement à sa place. Et, véritablement, cela ne doit pas sembler plus étrange que, quand on la voit descendre si bas, qu'elle tombe presque toute.*

Au commencement de notre siècle, Récamier faisait étendre les malades, sur un matelas, par terre. On plaçait un coussin sur leur ventre, et, sur ce coussin, on faisait asseoir un aide. Briquet juge cette pratique illusoire, mais la région ovarienne des hystériques étant souvent le siège de zones spasmo-frénatrices, on comprend très bien que Récamier ait pu obtenir de ce moyen des résultats avantageux.

Indépendamment des méthodes de traitement que je viens de vous indiquer, les auteurs ont recommandé une foule de moyens empiriques, parmi lesquels je vous signalerai seulement les saignées générales ou locales, les vomitifs, les lavements purgatifs ou glacés, la compression des carotides, les inspirations d'acide carbonique, l'insufflation de poivre dans les narines pour provoquer l'éternuement, la ligature des membres (1), etc.

Mais je me suis déjà trop étendu sur des détails historiques qui n'ont aucune utilité pratique ; j'ai hâte de vous indiquer maintenant la ligne de conduite que vous devez suivre lorsque vous serez appelés auprès d'une personne en proie à des convulsions hystériques violentes.

Dans la grande majorité des cas, vous trouverez la malade entourée par des amies obséquieuses et des parents affolés. Des voisines s'empressent à lui donner des soins : les unes la maintiennent en serrant de toutes leurs forces ses bras et ses jambes, les autres lui font respirer des sels ou cherchent à lui faire avaler des liquides ; toutes s'agitent et ne cessent de disserter sur la nature et la gravité du mal.

Ne perdez pas votre temps à répondre aux questions incohérentes qu'on vous posera dès votre arrivée.

Choisissez la personne la plus sérieuse de la bande, passez avec elle dans un appartement voisin et faites-vous raconter les circonstances dans lesquelles s'est développée la crise ; car avant d'agir il faut absolument que vous ayez posé un diagnostic précis, et pour poser un diagnostic il est nécessaire que vous connaissiez les commémoratifs.

Revenu dans la chambre de la malade, votre premier soin doit être d'écarter tous les dévouements inutiles et de prier surtout les personnes qui maintiennent la patiente de ne pas faire trop de zèle. Leur rôle doit consister à éviter les chutes dangereuses et non pas à immobiliser les membres du sujet en les comprimant avec violence.

Quelquefois, le fait seul d'abandonner la malade à elle-même suffira pour arrêter la crise ; car sous le prétexte de maintenir étroitement les malades, on comprime assez souvent des zones spasmogènes dont l'excitation sans cesse renouvelée prolonge indéfiniment les convulsions.

Si, malgré cela, la crise continue, vous devez procéder à la recherche régulière des zones spasmo-frénatrices, en commençant par les régions où siègent le plus fréquemment ces zones, c'est à dire par les régions ovarienne et épigastrique.

Il importe de faire cette recherche avec calme, sans se laisser influencer par les doléances des commères qui ne comprenant pas pourquoi on exerce des pressions énergiques sur différents points du corps de la malade, se livrent à des appréciations peu bienveillantes et ne manquent pas d'accuser le médecin de brutalité si, par hasard, en cherchant des points spasmo-frénateurs, il rencontre des zones spasmogènes dont l'excitation provoque une évidente recrudescence des convulsions. En revanche on le porte aux nues lorsque, sous la pression de ses doigts, la crise s'arrête comme par enchantement.

Ce résultat n'est malheureusement pas constant. Il y des malades qui n'ont pas de zones spasmo-frénatrices. Chez elles il faut, pour faire cesser les convulsions, avoir recours à d'autres méthodes thérapeutiques.

L'une des plus efficaces est la compression lente des globes oculaires. Lasègue, Bailli, Paul Richer, etc., l'ont expérimentée avec succès dans un bon nombre de cas. J'ai eu l'occasion d'apprécier plusieurs fois ses bons résultats. Elle doit être faite avec douceur et prolongée pendant plusieurs minutes. Elle a pour effet de provoquer le sommeil hypnotique. On peut ensuite ou bien laisser la malade dans l'état du sommeil jusqu'à ce qu'elle en sorte spontanément, ou bien la réveiller brusquement par les procédés habituels particulièrement par l'insufflation sur les globes oculaires.

M. Bernheim (de Nancy) propose de provoquer d'emblée le sommeil hypnotique par suggestion verbale. Il dit aux malades : *vous ne souffrez plus, vous allez dormir; vous dormez*, et quand le sommeil est produit, il le fait cesser en disant : *c'est fini ; réveillez-vous*. Dans la plupart des cas les crises s'arrêteraient par le fait seul de ces injonctions impératives. « Il m'arrive souvent, dit M. Bernheim, d'arrêter ainsi instantanément ou en peu de minutes les crises d'hystérie qui se développent en ma présence. Il me suffit en général de dire : *c'est fini, la crise s'arrête ; réveillez-vous*... Cette pratique est devenue usuelle dans mon service : mes internes et même les sœurs arrêtent parfois par suggestion les crises hystériques qui se développent dans mes salles. »

Ce procédé m'a paru réussir, en effet, quelquefois chez des malades très suggestibles, mais il échoue souvent, surtout chez les hystériques dont l'éducation hypnotique n'a pas été perfectionnée par des expériences antérieures.

(1) Un préjugé ancien voulait que la ligature ne fût efficace que si le lien était fabriqué avec de la peau d'homme. Bonet, l'auteur bien connu du *Sepulchretum*, raconte que sa mère, atteinte d'hystérie, se servait avec avantage de ce moyen et qu'elle portait toujours sur elle un lien en peau d'homme. Quelques personnes ayant essayé le même agent thérapeutique sans succès, Bonet l'explique en disant que, sans doute, elles avaient employé des liens en peau de femme. (Cité par Landouzy.)

Digitized by Google

Une autre méthode thérapeutique dont l'efficacité est inconstestable c'est l'électrisation. On emploie à la Salpétrière les courants continus en plaçant une électrode sur le front et l'autre sur un point quelconque du ventre ou des cuisses, et l'on intervertit, à l'aide du commutateur, le sens du courant.

Pour obtenir un résultat rapide, il convient de se servir de courants assez forts (30, 40 et même 80 éléments de l'appareil Trouvé). Après une, deux ou trois interversions, l'attaque s'arrête tout net. Le malade se réveille aussitôt et reprend immédiatement connaissance.

Le principal inconvénient de cette méthode, c'est qu'elle exige des appareils qu'on a pas couramment sous la main. On peut au contraire toujours se procurer sans difficulté certaines substances médicamenteuses dont les inhalations ont souvent d'excellents effets. Parmi ces substances je vous citerai le bromure d'éthyle, l'éther, le chloroforme, le nitrite d'amyle.

Enfin, dans certains cas, les injections sous-cutanées de morphine ont une action puissante; elles enrayent très rapidement les convulsions, mais il faut les employer avec une extrême prudence parce que les hystériques deviennent très facilement morphinomanes. Les lavements de chloral peuvent aussi rendre quelques services.

Il est rare que, par l'un ou l'autre des moyens que je viens de vous indiquer, on n'arrive pas à arrêter les attaques convulsives de l'hystérie. Mais si le médecin, satisfait de ce premier résultat, se retire sans prendre des mesures pour empêcher le retour des convulsions, il est fort à craindre qu'il ne soit rappelé quelques instants plus tard par suite d'une recrudescence du mal. Comment doit-il procéder pour éviter cette fâcheuse éventualité? Cela dépend des cas.

Si la malade a une ou plusieurs zones spasmogènes très douloureuses et très excitables, il est indiqué d'appliquer sur ces zones des sachets de glace ou d'y faire, à des intervalles assez rapprochés, des pulvérisations d'éther.

Si la malade a une zone spasmo-frénatrice très active, on peut, en la comprimant au début de l'aura des attaques ultérieures ou en exerçant sur elle une compression permanente, éviter l'explosion de nouvelles convulsions. C'est en partant de ce principe qu'on a fait construire pour certaines malades de la Salpétrière un bandage à ressort, analogue aux bandages herniaires, dont la pelote s'appuie sur la région ovarienne frénatrice. Armées de leur bandage, ces malades peuvent sortir toute la journée, vaquer à des occupations variées sans craindre d'être surprises inopinément par les attaques. C'est pour elles, vous le comprenez sans peine, un avantage considérable.

On peut encore modifier l'excitabilité des centres nerveux par l'administration d'une forte dose de chloral ou de morphine.

Si la malade est hypnotisable, on peut lui suggérer de n'avoir plus d'attaques pendant un laps de temps déterminé.

Enfin, il est un moyen que nous employons souvent dans le service et qui nous a donné quelquefois d'excellents résultats malgré son étrangeté : c'est l'emploi de lunettes colorées. Voici comment j'ai été conduit à expérimenter cet agent thérapeutique.

Lorsqu'en 1885 M. Féré fit connaître à la Société de biologie les résultats de ces intéressantes recherches sur l'action dynamogénique des sensalions visuelles chez les hystériques, je résolus de répéter ces observations. Je me procurai un châssis de lunettes à verres mobiles et un jeu de verres de différentes couleurs qui pouvaient être placés successivement devant les yeux des hystéques soumises aux expériences.

Indépendamment des faits signalés par M. Féré, je ne tardai pas à constater que la vision colorée avait une influence profonde sur le système nerveux de plusieurs de ces malades. Certaines couleurs leur étaient fort désagréables et provoquaient immédiatement l'explosion d'attaques convulsives, d'autres déterminaient en quelques secondes le sommeil hypnotique, d'autres enfin donnaient lieu à une sensation de bien-être des plus agréables. Dans quelques cas même, ces couleurs sympathiques, perçues pendant la phase initiale des attaques empêchèrent les convulsions de se produire. J'ai vérifié maintes fois, depuis cette époque, l'influence heureuse de la vision de certaines couleurs sur des hystériques à attaques convulsives fréquentes, et je puis vous montrer une petite malade que nous avons réussi de guérir très rapidement par ce procédé. Son histoire peut être résumée en peu de mots :

Camélia C... est âgée de dix-huit ans. Son père est très nerveux ; sa mère est morte folle à l'âge de trente-six ans. Elle a deux cousines germaines franchement hystériques.

Elle n'a pas eu pendant son enfance de maladies graves. Elle a été réglée à quinze ans sans accidents. Placée vers cette époque, comme cuisinière, chez une dame adonnée aux pratiques du mysticisme religieux le plus ardent, elle subit rapidement l'influence de sa maîtresse et devint d'une piété excessive. Quelques mois plus tard, sans cause occasionnelle connue, elle commença à avoir des attaques de nerfs, précédées par des suffocations, des battements de cœur et des langueurs d'estomac très pénibles, accompagnées de mouvements désordonnés du tronc et des membres et suivies d'une phase très nette d'hypnose post-convulsive. Ces attaques se répétant régulièment tous les jours, la malade se décida à entrer à l'hôpital.

Après avoir constaté de *visu* les caractères des convulsions et reconnu l'existence de quelques stigmates hystériques très précis (anesthésie des deux membres inférieurs et du membre supérieur gauche, anesthésie des muqueuses, polyopie monoculaire, zones spasmogènes et spasmofrénatrices, etc.), nous pratiquâmes l'expérience des lunettes. Les verres rouges produisaient des effets dynamogéniques très intenses. De plus, quand la malade les avait devant les yeux, elle était gaie, contente et éprouvait une grande sentation de bien-être. Les verres bleus, verts, jaunes, violets étaient indifférents.

Nous confiâmes alors à la jeune fille des lunettes à verres rouges, en lui recommandant de s'en servir aussitôt qu'elle éprouverait les premiers malaises précurseurs des attaques. L'effet fut merveilleux.

Pendant une quinzaine de jours notre malade fut obligée de se servir deux où trois fois chaque jour du talisman que nous avions mis entre ses mains. Mais, en s'en servant, elle évitait l'explosion des attaques; peu à peu les auras devinrent moins

Digitized by Google

fréquents, et aujourd'hui, après un mois de cet unique traitement, elles font absolument défaut.

Je ne puis pas dire que la guérison soit complète, car les stigmates sensitivo-sensoriels persistent encore et les zones spasmogènes conservent leur excitabilité ; mais la malade n'a plus d'attaques spontanées.

Tels sont les moyens qu'il convient d'employer pour arrêter les convulsions hystériques, et empêcher leur retour immédiat. Mais pour guérir la diathèse qui domine la situation il est indispensable de soumettre les malades à un traitement général.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

Du lavage de la vessie sans sonde, par M. E. Rotter. — Ce procédé n'est pas sans analogie avec ceux qui ont été recommandés par des auteurs français. Il est indiqué quand on ne peut employer des catheters d'un calibre suffisant (*Münch. med. Woch.* 1890, n° 20).

Il consiste à munir un irrigateur ordinaire d'un tube en caoutchouc de deux mètres. Ce tube est terminé par une canule conique, enduite de vaseline et introduite dans l'orifice de l'urèthre à une profondeur de un à deux centimètres. L'irrigateur est élevé à la hauteur de 1 mètre à 1 mètre et demi. Au début de l'opération, l'eau ne pénètre pas dans la vessie, à cause de la résistance du sphincter. Celle-ci diminue peu à peu et bientôt, à la palpation et à la percussion, on constate que la vessie se remplit. La quantité de liquide nécessaire pour arriver à ce résultat est de 500 à 700 centimètres cubes.

S. R.

MALADIES DES ENFANTS

Les enfants scrofuleux aux thermes de Dax, par M Delmas. — Notre estimé confrère fait connaître, dans une intéressante statistique, l'influence favorable des eaux-mères de la saline et des boues de Dax sur le lymphatisme et la scrofule des enfants.

L'administration des hôpitaux de Bordeaux a envoyé à Dax, dans ces trois dernières années, un certain nombre d'enfants atteints d'adénites, d'ostéites et de coxalgies... Tous sont revenus avec une amélioration notable, permettant d'espérer une prompte guérison pour quelques-uns. (*Journal de médecine de Bordeaux*, août 1890.)

Un enseignement résulte de ce travail : c'est que certains enfants lymphatiques ou scrofuleux, nerveux et très irritables, auxquels le séjour sur les bords de la mer ne convient pas, seront, avec grand avantage, traités aux thermes de Dax.

H. M.

Note sur un cas de rachitisme généralisé dans une famille par M. Gibert — Le rachitisme est-il dû à la syphilis héréditaire (Parrot) ou à une deytrophie alimentaire ? M. Gibert est un partisan convaincu de la doctrine de Parrot et publie l'observation d'une famille de quatre enfants manifestement rachitiques avec des déformations du crâne et des courbures des os longs. (*Normandie méd.*, août 1890.)

Toutefois, le père est robuste, n'ayant jamais eu aucun signe de syphilis ou de rachitisme. La mère, seule, a eu des signes de syphilis héréditaire et présente encore les déformations dentaires de Hutchinson. L'un des enfants, âgé de douze ans, en plus des torsions des os longs, est atteint d'idiotie partielle par altération des os du crâne, et se trouve momentanément très amélioré par le traitement hydrargyrique et ioduré. Comment interpréter ce fait ? M. Gibert a obtenu un plus grand nombre de guérisons de lésions rachitiques avec l'iodure hydrargyré qu'avec les phosphates ou tout autre traitement reconstituant. Il n'hésite pas à attribuer à la syphilis héréditaire le rachitisme de cette famille.

H. M.

OBSTÉTRIQUE

De l'atrophie aiguë du foie, de la grossesse, par M. Hardie. L'auteur en a observé six cas sur des femmes de vingt à vingt-huit ans, habitant l'Australie. (*Australasian Med. gaz*, 15 mai 1890.)

Les symptômes de cette affection redoutable sont la céphalalgie, l'affaiblissement général rapide, l'ictère, la gastralgie, des troubles digestifs, la constipation, la décoloration des fœces, la diminution en étendue de la matité hépatique et, après quelques jours, du délire. L'avortement peut survenir ; plus tard : il y a du coma, de la stupeur et de la rigidité musculaire. Enfin, à l'autopsie, car ces cas sont le plus souvent mortels, on trouve le foie friable et atrophié, il contient de la leucine et de la tyrosine que l'on rencontre aussi dans le tissu de la rate et des reins.

S. R

OTOLOGIE

Du traitement des douleurs d'oreilles, par M. Gomperz. Le traitement varie suivant qu'il s'agit des douleurs ; 1° de l'otite externe circonscrite ou diffuse ; 2° de l'otite moyenne catarrhale ou purulente ; 3° de l'otalgie. (*Monatsch. f. ohren heilk.*, juillet 1890.)

Contre l'otite externe on peut employer : les scarifications ; la liqueur de Burrow ou les suppositoires auriculaires. Ces derniers ont la forme de tampons mesurant 1 centimètre de longueur et 4 à 8 millimètres de largeur. En voici la formule :

Morphine.. } ãã 0.10 grammes
Cocaïne.... }
Gélatine... 90 —

On peut les faire préparer avec l'extrait d'opium :

Extrait d'opium.... 0.10 centigrammes.
Gélatine blanche... 6 grammes.
F-s-a pour six suppositoires auriculaires.

M. Gomperz associe aussi l'emploi des solutions boriquées et des solutions cocaïnées en instillations dans le conduit auditif externe.

Mêmes solutions de cocaïne à 6 ou 10 pour cent contre l'otite moyenne ou bien de glycérine phéniquée à 20 pour cent qui a l'avantage de diminuer l'inflammation.

L'otalgie peut résulter d'une carie dentaire ou d'une ulcération gingivale ou buccale. Ici encore, on doit appliquer la cocaïne sur la région malade d'où part la douleur réflexe.

A l'intérieur on prescrit l'antipyrine, le salicylate de soude, la quinine ou l'iodure de potassium ou bien encore, localement, des révulsifs, vésicatoires ou sinapismes, en arrière du pavillon de l'oreille malade.

S. R.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de la typhlite, par M. A. Foxwell. Les indications que formule l'auteur sont les suivantes :

1° Quand il y a obstruction cœcale, prescrire un ou deux lavements pour vider le gros intestin. Immédiatement après, ingérer un purgatif salin. (*Birmingham méd. review*. juillet 1890.)

2° Dans la forme aiguë et avant toute opération, essayer le traitement par l'opium à dose décroissante à mesure que la douleur s'atténue. Puis, quand elle est calmée, administrer un ou deux lavements, suivis de l'ingestion d'une dose de cinq centigrammes de calomel toutes les quatre heures.

3° S'il y a menace de suppuration ou de perforation, il faut opérer sans retard et au besoin ne pas hésiter à pratiquer l'excision de l'appendice iléo-cœcal.

S. R.

Digitized by Google

TRAVAUX ORIGINAUX

Rupture sous-cutanée d'une tumeur anévrysmale développée aux dépens de l'aorte ascendante

par le Dr G. Rauzier, *chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier*
et E. Houel, *externe des hôpitaux.*

Le 4 avril 1890, entrée à l'hôpital Saint-Eloi suburbain, dans le service de M. le professeur Grasset, la femme Diog.., ménagère, âgée de 60 ans : elle est en état d'asystolie et présente, à la partie antéro-supérieure droite du thorax, une tumeur volumineuse et pulsatile.

Le jour même de son entrée, elle fournit les renseignements suivants :

Il n'existe dans sa famille nulle trace d'affection diathésique. Son père est mort à l'âge de 72 ans, après avoir joui durant toute sa vie d'une robuste santé ; sa mère, également douée d'une excellente constitution, est morte à 60 ans. Un de ses frères est mort d'accident; une sœur, tombée en état de démence, est morte à 35 ans après six ou sept semaines de maladie. — Ses deux enfants, âgés l'un de 37, l'autre de 35 ans, n'ont jamais été malades. L'arthritisme, sous aucune forme, n'est signalé dans l'hérédité directe ou collatérale.

Elle-même s'est fort bien portée durant sa jeunesse. Mais, depuis un certain nombre d'années, elle accuse tous les hivers une susceptibilité catarrhale très marquée. Depuis un an, elle éprouve en outre, par intervalles, des douleurs vagues dans diverses articulations.

Si les antécédents pathologiques sont à peu près nuls, les renseignements que l'on parvient à se procurer sur les habitudes de la malade offrent plus d'intérêt au point de vue pathogénique. Une enquête sommaire révèle une jeunesse orageuse dont le souvenir a été, par la suite, noyé dans des flots d'alcool : inutile d'ajouter que la malade, intérrogée dans ce sens, oppose d'énergiques dénégations aux résultats de l'enquête.

Réglée à 17 ans, elle n'a jamais éprouvé de troubles menstruels et a vu la ménopause s'établir, sans pertubation, à l'âge de 44 ans.

Le début de l'affection actuelle a été fort insidieux. Seize mois avant l'entrée de la malade, en décembre 1888, elle a vu se développer brusquement une tumeur à la partie antero-supérieure droite du thorax ; jusqu'alors elle n'avait éprouvé aucun symptôme rationnel de lésion cardiaque ; ni dyspnée, ni œdèmes, ni palpitations. Subitement, à la suite d'un effort de toux, un craquement analogue à celui d'une fracture s'est produit ; il a été nettement perçu par la malade qui a constaté, aussitôt après, l'apparition de la tumeur.

A partir de ce moment elle a éprouvé fréquemment des troubles dyspnéiques légers et quelques palpitations. Mais c'est seulement deux mois avant son entrée que se sont manifestés les symptômes inquiétants qui l'amènent dans les salles.

C'est d'abord un *essoufflement* dont l'intensité, progressivement croissante, l'empêche aujourd'hui de se livrer à la moindre fatigue, d'exécuter un effort quelconque, sous peine d'une crise terrible d'oppression ; la marche, même en terrain plat, est devenue fort difficile en raison de la dyspnée. Celle-ci s'accompagne d'une sensation douloureuse et angoissante en arrière du sternum

Durant les crises de dyspnée, la face et les extrémités se cyanosent.

Peu de temps après le début de cette gêne respiratoire excessive, sont survenus des *œdèmes* qui, d'abord localisés aux extrémités inférieures, se sont promptement généralisés. Pendant les quelques premiers jours, ils ont été limités à la partie droite du corps.

Ces deux symptômes, dyspnée et œdèmes, dominent la symptomatologie depuis le début ; à diverses reprises, la malade a présenté les signes rationnels d'une congestion pulmonaire passive. En dehors des troubles cardio-pulmonaires, les autres fonctions s'accomplissent normalement ; la miction seule est plus fréquente qu'à l'ordinaire.

Le 5 avril, lors du premier examen, la malade se trouve, avons-nous dit, en état d'asystolie ; assise sur son séant et incapable de se maintenir dans le décubitus dorsal, elle se livre sans résultat à de pénibles efforts d'inspiration ; la face est bouffie et cyanosée, la parole haletante, les lèvres sont bleuâtres, les conjonctives injectées, les membres inférieurs notablement œdématiés. La toux est fréquente, quinteuse, et aboutit à une expectoration muqueuse et aérée. L'intelligence est toutefois nette et lucide ; la malade a le désir de vivre ; robuste encore et non épuisée, elle lutte avec énergie.

L'examen du thorax révèle, dès l'abord, l'existence d'une tumeur uniformément arrondie et siégeant à droite du sternum. Les limites exactes de cette tumeur sont les suivantes : elle remonte, en haut, jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de la clavicule ; en dehors, elle s'étend jusqu'à la partie antérieure de l'aisselle ; en bas, elle envahit le quatrième espace intercostal ; en dedans, elle atteint le bord droit du sternum. Elle a un diamètre de 8 centimètres et demi dans tous les sens et présente la forme d'une calotte sphérique, dont la saillie, dans sa partie la plus acuminée, peut être évaluée à 2 centimètres et demi.

A l'inspection, on ne constate pas de battements ; mais la palpation de la tumeur démontre qu'elle est pulsatile et animée de battements énergiques ; ses pulsations sont synchromes à la fois à la systole cardiaque et à la pulsation radiale.

La tumeur n'est pas adhérente à la peau, qui conserve à sa surface un aspect absolument normal.

Habituellement indolente, la tumeur devient douloureuse sous l'influence d'une pression, même légère.

Le cœur est volumineux, mais se contracte avec peu d'énergie. On perçoit facilement un souffle systolique, rude et intense. Au niveau de la tumeur, l'auscultation révèle un souffle léger de va-et-vient.

Le pouls est petit, régulier, assez fréquent (94 pulsations à la minute) ; il n'est pas en retard sur la systole cardiaque et présente, aux deux radiales, un parfait synchronisme avec des qualités identiques.

Lorsqu'on passe à l'examen des organes respiratoires, on constate, en avant, dans le voisinage de la tumeur, une matité peu étendue ; à gauche, au contraire, on note un son skodique ; l'auscultation révèle des signes d'œdème pulmonaire des deux côtés.

En arrière, on est frappé à première vue par la déformation du thorax à droite ; l'angle des côtes fait, de ce côté, une forte saillie, tandis que la ligne des apophyses épineuses offre une légère incurvation latérale, dont la concavité est tournée vers la droite.

La percussion dénote, au niveau de la voussure costale, une légère submatité ; l'auscultation fait entendre, dans la même région, une respiration très rude, entrecoupée de râles d'œdème pulmonaire, il n'existe pas en ce point de transmission énergique des bruits du cœur. Du côté gauche, on perçoit, dans toute l'étendue, de gros ronchus, quelques sibilants et des râles d'œdème.

En présence de ces symptômes, M. Grasset porte le diagnostic d'état systolique sous la dépendance d'un anévrisme de l'aorte antérieure ; il prescrit un gramme de caféine et une potion stimulante.

Sous l'influence de cette médication, les accès de dyspnée

Digitized by Google

diminuent peu à peu d'intensité et de fréquence; l'œdème s'atténue, la cyanose disparaît, les bruits anormaux qui se faisaient entendre à l'auscultation font place à un murmure vésiculaire à peu près normal.

Le 11 avril, six jours après l'entrée de la malade, l'orage symptomatique est calmé. Seuls, les souffles cardiaques et la tumeur persistent; cette dernière paraît même avoir subi, en quelques jours, une légère augmentation de volume; son diamètre vertical atteint 9 centimètres, le diamètre transverse n'est pas modifié. La fréquence du pouls varie de 88 à 112 pulsations; les deux radiales battent en même temps, et leurs tracés respectifs, recueillis le 9 avril, ne présentent pas la moindre différence.

Le 28 avril, de nouvelles mensurations démontrent l'accroissement progressif de l'ectasie aortique; ses deux principaux diamètres atteignent chacun 10 centimètres. De plus, la tumeur n'est plus uniformément arrondie; elle est creusée à sa surface d'une dépression verticale et peu profonde, comme si la coque anévrismale était gênée dans son expansion par une bride dirigée de haut en bas.

Une crise légère d'asystolie, accompagnée de violentes douleurs au niveau de la tumeur, a été enrayée, grâce à la reprise de la caféine, à laquelle on a joint l'iodure de sodium à la dose de 1 gr. 50.

Le 29 avril, la malade est reprise de crises d'oppression; la nuit a été extrêmement mauvaise; elle éprouve des douleurs vives dans la région dorsale, à droite de la colonne.

On joint à l'iodure des inhalations d'oxygène et des injections de morphine.

Dans la suite, la malade se plaint de douleurs lancinantes au creux épigastrique; le pouls devient irrégulier, il oscille autour de cent pulsations par minute. On applique, sur les pressantes sollicitations de la patiente, trois vesicatoires successifs qui paraissent apporter certain soulagement à son état de souffrance angoissante.

Le 25 mai, la tumeur s'est encore accrue et mesure 11 centimètres dans tous les sens.

Le 31 mai, nouvel accroissement de l'anévrysme, dont le diamètre transverse atteint 12 centimètres. On constate toujours l'existence d'une bride verticale divisant la tumeur en deux lobes, l'un droit, l'autre gauche; mais on note, de plus, une deuxième bride transversale, qui détermine sur le segment le plus externe une lobulation secondaire, moins accusée que la première. La dose d'iodure est portée à 2 grammes.

Le 2 juin, dans la soirée, à la suite d'efforts de toux, l'anévrisme se rompt brusquement dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Subitement la malade éprouve une horrible sensation de déchirement et la tumeur augmente de volume; bientôt une vaste nappe liquide, uniformément fluctuante, occupe les abords de l'anévrysme. Puis la consistance de la masse augmente en raison de la tension du sang accumulé, et le liquide fuse vers l'aisselle.

Primitivement en butte à des sensations syncopales, la malade, aussitôt revenue à elle, est en proie à une dyspnée violente, et témoigne, par ses cris et son attitude, de terribles souffrances. Une injection de morphine la calme momentanément.

Le 3 juin, au moment de la visite, on se trouve en présence d'un horrible spectacle: la malheureuse créature, en proie aux plus effroyables douleurs qu'il soit donné à un être humain d'endurer, agitée par une dyspnée atroce et tourmentée par un besoin d'air que des efforts multipliés ne peuvent parvenir à satisfaire, terrifiée par la prévision bien consciente d'une mort terrible et prochaine, qu'elle appelle pourtant de ses vœux, pousse des cris rauques et inarticulés, mélange de douleur, d'angoisse et d'effroi. Le sang épanché, soulève toute la région mammaire et remplit le creux de l'aisselle. La tuméfaction ne dépasse pas en haut la clavicule, en bas le bord inférieur du grand pectoral; la cavité auxillaire est distendue et le tiers supérieur du bras droit considérablement tuméfié. Il n'existe pas encore d'ecchymose superficielle.

Le pouls est petit et fréquent à la radiale gauche; on n'arrive pas, en raison de la compression éprouvée par l'artère auxillaire, à le percevoir du côté droit. La pression exercée par l'épanchement sur le plexus brachial se traduit par d'intolérables douleurs survenant sous forme de crises et occupant tout le membre supérieur.

La seule intervention consiste à pratiquer des injections de morphine jusqu'à sédation complète de la douleur et à les renouveler aussi souvent qu'il parait nécessaire.

Le lendemain, sous l'influence de l'agent anesthésique, la malade est calme et assoupie, la surface cutanée offre, dans sa totalité, une teinte jaunâtre. Le sang a abandonné la cavité auxillaire pour se répandre dans le tissu cellulaire de la paroi latérale du thorax, qu'il infiltre dans une étendue limitée en haut par la clavicule, en dedans par le sternum, en bas par les fausses côtes, en arrière par le bord interne de l'omoplate. On constate l'existence de deux placards ecchymotiques, l'un peu étendu siégeant au niveau de la paroi antérieure du creux de l'aisselle, l'autre occupant toute la paroi latéro-postérieure du thorax. Les phénomènes de compression axillaire ont disparu et la pulsation radiale possède une égale énergie des deux côtés. Les bruits du cœur sont très sourds et presque imperceptibles.

Le 5 juin, *trois jours après la rupture de l'anévrisme*, la malade meurt dans la matinée.

L'*autopsie*, pratiquée en présence de M. le professeur Kiener, donne les résultats suivants:

Le cadavre est émacié et offre une coloration ictérique bien nette; on note un certain degré d'œdème des membres inférieurs.

On est frappé, tout d'abord, par la présence d'une voussure considérable et uniformément arrondie, occupant toute la moitié droite du thorax.

Cette voussure est due en partie à une infiltration sanguine, en partie à une tumeur anévrismatique.

L'*infiltration sanguine* occupe d'une part la région du sein droit qui est tuméfié et dur, d'autre part le tissu cellulaire de la région thoracique où elle est étendue en nappe mince jusqu'à la clavicule. Le creux sous-claviculaire est effacé; les tissus qui reccouvrent la clavicule sont légèrement empâtés. La tuméfaction ne s'étend pas, en dehors, au delà du bord droit du sternum.

En arrière, l'épanchement sanguin s'étend jusqu'à l'angle de l'omoplate. Dans toute la région latérale droite du thorax, il existe des caillots volumineux dont on peut évaluer la masse à un kilogramme au moins. L'infiltration sanguine s'est étendue d'autre part au tissu cellulaire de la partie supérieure du bras droit, dont la partie déclive est le siège d'une tuméfaction molle assez étendue.

La peau présente les nuances de l'ecchymose sur toute la partie latérale droite du thorax et à la partie supéro-interne du bras.

Après dissection de la peau, on trouve le grand pectoral tendu et amincé, induré, recouvrant la poche anévrismale. Les portions de ce muscle les moins comprimées sont infiltrées de sang.

En détachant le grand pectoral à partir de ses insertions antérieures, on met à nu la *tumeur anévrysmale* et on constate qu'au niveau de sa partie intéro-externe, la poche est rompue sur un espace grand comme une pièce de 2 francs, lequel est recouvert uniquement par le muscle pectoral.

Digitized by Google

Plus en dehors, le muscle est soulevé par les volumineux caillots auxquels il a été fait allusion et qui se continuent avec ceux de la cavité anévrismale.

La dissection étant achevée, on voit que la poche anévrismale proémine en dehors de la paroi thoracique, sur une étendue plus grande que la paume de la main.

La poche est formée par les muscles intercostaux et le tissu cellulaire qui les recouvre.

En introduisant le doigt dans l'orifice de la rupture, on rencontre immédiatement les deux bouts de la troisième côte fracturée, distants de deux centimètres l'un de l'autre. L'extrémité interne est rugueuse, l'extrémité externe est tranchante et taillée en biseau aux dépens de sa face externe; les deux extrémités jouent librement au milieu des caillots. Les deuxième et quatrième côtés font partie de la poche, et sont considérablement amincies, bombées et refoulées en avant.

Ces constatations faites, on détache la partie antérieure du thorax avec tous les viscères thoraciques, afin de ménager les rapports de l'anévrisme.

On reconnaît ainsi qu'immédiatement au-dessus des valvules sigmoïdes de l'aorte, la portion ascendante du vaisseau commence à se dilater et est complètement incrustée de plaques athéromateuses, en partie calcaire.

A 3 centimètres de l'orifice et vers la partie moyenne de la dilatation, s'ouvre une cavité pouvant loger une mandarine et produite par le refoulement des tuniques externes de l'aorte, après déchirure de la tunique interne. On voit, en effet, au niveau de l'orifice de communication entre l'aorte et la cavité, orifice grand comme une pièce de 5 francs, un lambeau flottant constitué par les débris de la tunique interne épaissie et fortement athéromateuse.

Sur ce premier anévrisme et aux dépens de la portion droite de sa paroi, s'ouvre une poche beaucoup plus considérable, dont les parois ne sont plus constituées que par les tissus voisins condensés; on constate nettement, en effet, en examinant l'orifice qui fait communiquer les deux poches, qu'il existe à ce niveau une rupture des tuniques artérielles formant la première poche.

La grande cavité anévrismatique a contracté des adhérences intimes avec la paroi thoracique sur une étendue un peu plus grande que le creux de la main ; dans ces adhérences est compris le lobe antérieur du poumon droit, qui a été comprimé et graduellement aminci en avant, sans subir de refoulement latéral.

C'est cette poche qui, ayant perforé la paroi thoracique, rongé et fracturé une côte, proémine à l'extérieur ainsi qu'il a été dit plus haut.

La grande poche est, sur toute sa surface interne, revêtue d'une couche de fibrine épaisse de 5 ou 6 centimètres, rougeâtre, stratifiée, assez consistante; cependant un peu spongieuse et fortement adhérente à la paroi de l'anévrisme. Cette épaisse couche n'est interrompue qu'en un point, qui correspond à l'endroit où la paroi osseuse du thorax a été perforée; à ce niveau existe une sorte de chenal, occupé par des caillots crucriques. Dans ce chenal, on rencontre les deux bouts, libres et très mobiles, de la côte fracturée, ce qui fait penser que la destruction des caillots en ce point et la rupture de l'anévrisme sous la peau ont précisément pour cause le jeu des deux fragments rugueux de la côte pendant les efforts de respiration et de toux.

La couche épaisse de caillots fibrineux s'arrête brusquement à l'orifice de communication séparant les deux poches de l'anévrysme. La première poche est remplie par un coagulum en partie cruorique, en partie fibrineux, mais sans adhérence aucune avec la paroi. Ce coagulum se continue avec celui qu remplit le ventricule gauche du cœur.

Le *cœur* est volumineux; le sein du conserver une pièce d'ensemble empêche de déterminer son poids exact; on peut l'évaluer à 350 grammes.

Les cavités, particulièrement les cavités droites sont notablement dilatées, le diamètre transversal étant un peu plus élargi que le diamètre longitudinal. On constate un peu d'induration du bord adhérent des sigmoïdes. La valvule mitrale est épaissie, raccourcie, et l'orifice qu'elle limite paraît quelque peu rétréci.

La dilatation du cœur paraît être surtout en rapport avec des *adhérences générales et anciennes qui l'unissent au péricarde (symphyse cardiaque)*.

Les *poumons* ne présentent, à part la compression et la destruction partielle du lobe antérieur droit dont il a déjà été question, qu'un certain degré de congestion et de pigmentation.

La cavité pleurale droite renferme un litre environ de sérosité limpide.

Le *foie* pèse 1,530 grammes ; il est muscadé, fortement graisseux, un peu ratatiné et assez dur à la section.

La *rate* pèse 190 grammes; son tissu est ferme et rougeâtre.

Le *rein gauche* pèse 130 grammes et ne présente pas de lésions appréciables.

Le *rein droit* pèse 350 grammes ; il est réduit à la moitié environ de sa longueur, la moitié supérieure étant remplacée par un *kyste* volumineux et bosselé, distendu, d'où l'on retire environ 200 grammes de liquide citrin. Ce liquide renferme 2 gr. 70 d'urée et 8 gr. 50 de chlorure par litre.

(*A suivre.*)

FORMULAIRE DU PRATICIEN

CHIRURHIE

I. **Traitement de l'hématurie.** — A. *Pendant la crise.* Les indications sont les suivantes :

1° Repos absolu ;

2° Boissons délayantes (Guyon). Applications froides sur le bas-ventre et le périnée, sous forme de compresses imbibées d'eau froide. Lavements froids (Ultzmann, Lange);

3° L'emploi des préparations d'ergot est considéré comme peu profitable par M. Guyon. Cependant, Ultzmann (de Vienne) les prescrit soit sous la forme d'injections hypodermiques ainsi formulées :

Ergotine.....	3 grammes
Glycérine..... }	ãã 8 grammes
Eau distillée... }	

Injecter sous la peau, trois fois quotidiennement, une demi-seringue de Pravaz de cette solution.

Soit sous celle de potion qu'avec Lange on peut prescrire ainsi :

Extrait de seigle ergoté.....	2	grammes
Acide tanique	3	—
Eau distillée	240	—
Sirop simple	45	—

A prendre par cuillérée dans les vingt-quatre heures

B. *Au déclin.* M. Guyon prescrit les injections a gentes. Parmi elles, Ultzmann recommande les suivantes :

Perchlorure de fer.....	5	grammes
Eau distillée.....	200	—

Pour une injection.

Digitized by Google

Ou bien :

Nitrate d'argent.....	0,10 centigr.
Eau distillée.....	200 grammes

Pour une injection.

C. *Après la crise.* Explorer la vessie, mais avec des précautions d'autant plus grandes que l'hématurie aura été plus intense (Guyon). Ne pas oublier qu'il faut éviter le cathétérisme chez les cancéreux et qu'il est mal toléré par les tuberculeux. S. R.

DERMATOLOGIE

II. **Traitement de la pelade.** — Est-ce une maladie parasitaire causée par le microsporon Audouini? Est-ce une trophonévrose contagieuse? C'est la définition que M. Quinquand adopte pour formuler le traitement suivant.

1° Traitement général. — Huile de foie de morue pendant les trois premières semaines de chaque mois. Pendant la quatrième semaine, administrer quotidiennement cinq à six gouttes de liqueur de Fowler;

2° Traitement local. — (*a*. Tenir les cheveux très courts et chaque jour, matin et soir, lotions savonneuses du cuir chevelu ;

(*b*. Immédiatement après chaque lotion, laver la surface malade avec la solution suivante :

Solution hydrargyrique. On la formule ainsi :

Biiodure de mercure.....	0,20 centigr.
Bichlorure de mercure.....	1 gramme
Alcool à 90°.....	40 grammes
Eau.....	250 —

On pratique ensuite une friction avec l'un des liniments suivants :

Baume de Fioraventi..	àà 100 grammes
Alcool camphré.....	
Ammoniaque liquide..	6 —

Ou bien :

Baume de Fioraventi .	àà 100 grammes
Alcool camphré.....	
Teinture de pyrèthre..	6 —

Ou bien :

Baume de Fioraventi..	àà 100 grammes
Alcool camphré.....	
Teinture de noix vomique.....	6 —

Ou bien encore :

Baume de Fioraventi..	àà 100 grammes
Alcool camphré.....	
Teinture de romarin..	6 —

Il est utile d'alterner de semaine en semaine l'usage de ces préparations.

De plus, on devra hebdomadairement, durant un jour, pratiquer des onctions sur le cuir chevelu avec la pommade suivante :

Acide chrysophanique.	àà 1 gramme
Acide salicylique.....	
Acide borique.....	
Vaseline.....	50 —

Ou bien lotionner cette même région avec la solution suivante :

Acide mono-chloro-acétique cristallisé..	5 grammes
Eau distillée.....	100 —

3° Traitement hygiénique. — Continuer le traitement tant que les poils sont fragiles et effilés en pointe. Proscrire l'usage commun des coiffures et de la literie. Dans les écoles, les casernes et les familles isolement, séparation ou exclusion des enfants atteints de pelade.

S. R.

LA RÉFORME DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Le concours de médecine pour les hôpitaux.

Il y a deux ans, en 1888, dans mon rapport sur la mission scientifique dont je fus chargé en Autriche, en Russie et en Allemagne, je m'exprimais dans les termes suivants en abordant la question de l'*Enseignement Médical* :

« Je touche ici un point extrêmement délicat. Mes observations resteront très probablement sans écho par une sorte de conspiration du silence, ou encore elles seront accueillies par quelques clameurs qu'il faut savoir affronter de pied ferme quand on veut combattre le bon combat. Mais, qu'importe? Et si je reste pendant quelque temps la *vox clamans in deserto*, je n'en aurai pas moins accompli le devoir de dire la vérité.

« A Moscou, comme je manifestais mon étonnement sur la perfection de l'enseignement médical, avec son personnel de professeurs, de médecins et de chirurgiens des hôpitaux, de chefs de clinique et d'assistants, rivalisant tous de zèle pour instruire les élèves, avec ses laboratoires et ses instituts nombreux, un des professeurs de cette Université m'a dit ces paroles textuelles : « J'aime beaucoup la France : mais, ce que j'y ai vu, « il y a deux ans, au sujet de l'installation des hôpitaux et de « l'organisation de l'enseignement médical, m'a été particu- « lièrement pénible. »

» Ce professeur va peut-être un peu loin dans son enthousiasme patriotique; mais il est certain que la Russie nous a surpassés comme elle a également surpassé l'Allemagne et l'Autriche. En portant ce jugement sur notre infériorité, je me tiens à égale distance du dénigrement systématique ou d'un enthousiasme exagéré qui nous fait souvent déclarer que tout est pour le mieux dans la plus belle Université du monde... parce que souvent nous n'en avons pas vu d'autres. »

Deux ans se sont écoulés. Mes observations et mes avertissements d'alors sont restés sans écho. Que voulez vous? J'étais un trouble-fête, et je ne disais pas comme les chauvins : « La France est le premier peuple du monde ». Mais aujourd'hui, un vent de réforme a soufflé sur notre vieille Université, on sent que l'édifice vermoulu tremble sur sa base et qu'il lui faut d'autres assises. Les lettres nombreuses que j'ai reçues de divers côtés au sujet de mon dernier article, les réflexions si judicieuses de notre collaborateur M. Chaput (1), m'encourageant à persévérer dans la voie que je me suis tracée, car le vrai patriotisme fait un devoir de mettre nos plaies à nu. On peut être certain que je n'y faillirai point et que, dans mon indépendance absolue, loin des coteries et des petites églises, je ne me laisserai arrêter ni par les injustes attaques, ni par les criailleries de mes adversaires, si j'en ai.

On a déjà cherché à dénaturer ma pensée, et l'on me représente comme l'ennemi des concours. Or, c'est le contraire qui est vrai : *je ne suis l'ennemi que des con-*

(1) Voir le n° 26 (582) de la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique.*

Digitized by Google

cours TELS QU'ILS EXISTENT ; je vais le prouver au sujet du concours des hôpitaux.

1° Dans ces dernières années, on a voulu le réformer, on n'a fait que l'aggraver ;

2° Autrefois, la première épreuve éliminatoire était une épreuve de diagnostic. Quand le candidat faisait une erreur à ce sujet (erreur dont tous ses concurrents étaient les témoins avec les juges), il avait une mauvaise note et était éliminé, même s'il était *persona grata* pour le jury. Sacrifice brutal, mais juste!

Aujourd'hui, la première épreuve éliminatoire est une épreuve écrite sur un sujet donné. Or, j'affirme (et personne ne pourra me contredire) que, sur soixante copies, il y en a au moins une vingtaine qui ont une valeur absolument égale, et, cependant, comment se fait-il qu'il y ait souvent entre ces copies *d'une valeur égale*, je le répète, un écart de trois ou quatre points? Notez bien que je n'incrimine pas l'injustice du jury. Mais on sait que chaque juge interprète la valeur d'une copie à sa manière et à son point de vue : l'un se laisse émouvoir par la forme littéraire, l'autre par l'exposition d'idées qui lui sont chères et que le candidat, sans les partager, expose avec une certaine complaisance dans le but d'être agréable, etc.

Autrefois, la première préoccupation d'un candidat, au titre de médecin des hôpitaux, était d'abord de faire un bon diagnostic au lit du malade. Aujourd'hui, son premier soin est d'étudier, de compulser tous les livres pour faire une composition écrite, extraordinaire d'érudition ; son but est d'avoir d'emblée le maximum de points, car il sait que la première note est très suggestive par elle-même et qu'elle le « pose déjà dans l'esprit du jury ». Ainsi donc, cette première épreuve est injuste, je l'ai démontré, elle est injuste par la force des choses et non par la faute du jury; elle est plus que cela : elle est funeste pour les études.

Il y avait autrefois une épreuve excellente : c'était celle de la consultation écrite. Le candidat, après avoir examiné son malade, avait 3/4 d'heure pour se recueillir, pour écrire son diagnostic, poser les indications thérapeutiques et les résoudre. Personne ne me contredira encore à ce sujet. Un aspirant, au titre de médecin des hôpitaux, doit donner dans un concours, la mesure de sa valeur, au point de vue, non seulement du diagnostic, mais aussi de la thérapeutique ; car, un médecin des hôpitaux doit savoir reconnaître et traiter une maladie. Je sais bien que l'on peut me répondre par l'argument emprunté à cette sorte d'instabilité thérapeutique dans laquelle nous vivons, le traitement d'une maladie proposé par un juge ne ressemblant pas toujours au traitement vanté par l'autre. Mais, la thérapeutique est avant tout l'art de bien poser des indications d'un traitement et celles-ci sont peu variables.

Conclusion : on a commis une faute grave en supprimant cette épreuve, ou en ne lui accordant pas toute l'importance qu'elle possède.

3° A l'étranger, partout ailleurs qu'en France, les travaux originaux, les recherches personnelles des candidats pèsent beaucoup dans la balance pour la nomination de médecin des hôpitaux ou de privat-docent (ce dernier titre analogue à celui de professeur agrégé dans nos Facultés). Conséquence facile à comprendre : à l'étranger, les travaux originaux sont plus nombreux, la science fait plus de progrès. En France, c'est absolument le contraire qui est vrai. Des travaux originaux trop nombreux nuisent au succès des candidats. Peut-être va-t-on trouver que j'exagère ! Or, méditez ce que M. Chaput écrivait mélancoliquement l'autre jour en traçant le portrait si tristement vrai du malheureux candidat.

« En France, disait-il, on arrive malgré les obstacles, « et on donne rarement tout ce que l'on peut ; en Allemagne, on donne toujours *tout ce que l'on vaut*, et on « arrive surtout, grâce aux institutions bienfaisantes « qui aplanissent toutes les difficultés sous les pas de « l'homme de science... Cependant, comme impossible « n'est pas français, notre candidat trouverait peut-être « le moyen de faire quelques recherches personnelles? « Mais, à quoi bon ? C'est inutile pour le concours, bien « mieux, *cela peut nuire*. »

Pourquoi cela peut-il nuire? Oh ! ne cherchons pas à trop approfondir les choses, et laissons pour le moment ce point d'interrogation sans réponse...

Supposez que ledit candidat aux hôpitaux ait des visées hautes, qu'il se destine au professorat. Chez les Allemands, par suite de leur organisation, les travaux originaux et les succès d'enseignement sont des titres, sont les seuls titres pour arriver, et le raisonnement ainsi que la justice indiquent qu'il doit en être ainsi. En France, que se passe-t-il pour ce candidat au professorat? Je laisse encore la parole à M. Chaput.

« S'il (le candidat) est très sympathique à la Faculté, « s'il fait peu de clientèle et s'il attire peu d'élèves à ses « cours, il aura de grandes chances d'être nommé pro- « fesseur vers cinquante ans par ses collègues, jaloux de « garder leurs clients et craintifs de voir un cours suivi « par les élèves, ce qui contrasterait avec leurs succès « d'enseignement. »

Bien sévère, notre distingué collaborateur ! Malheureusement, hélas ! il est juste.

Ainsi donc, le candidat au bureau central des hôpitaux ne doit pas produire de travaux originaux. Je vais plus loin : *il ne peut pas* en produire. Car, songez donc ! Il faut qu'il se prépare pendant cinq ou dix ans à ce travail de haute gymnastique cérébrale consistant à rédiger bien vite un grand nombre de pages sur une question écrite, tirée au sort, ou encore à traiter par cœur une question orale après quelques minutes de réflexion, de sorte que ces épreuves deviennent des concours de mémoire. Et quand ce malheureux est enfin arrivé (un peu fourbu, avouez-le), je vous demande quels sont pour lui-même et pour la science les résultats de cette préparation de cinq à dix années. Pour lui, les résultats sont nuls, et après l'obtention de ce titre si envié de médecin des hôpitaux à l'âge de 32 à 35 ans, avec une femme et des enfants, je comprend que l'on songe à se reposer et à faire le plus de clientèle possible.

En Allemagne, le titre de professeur impose plus que

Digitized by Google

jamais (je l'expliquerai plus tard) le devoir et l'obligation du travail. En France, c'est absolument le contraire. Ceci me rappelle une histoire très vraie, (mais, rassurez-vous, elle a due se passer en Chine) : un candidat à la robe professorale arrive enfin au comble de ses vœux ; il est nommé professeur. Un jour, à ses élèves, ahuris qui le félicitaient de son élévation, il fait cette réponse en s'étirant les bras, comme un homme qui vient de faire un long sommeil et qui veut recommencer : « Ah ! maintenant, on va donc pouvoir se reposer !... » Que de choses singulières se passent en Chine ! Hé bien, ne soyons pas Chinois, et suivons l'exemple de ceux qui nous entourent ; car en Allemagne, en Russie, en Autriche, et partout (vous entendez bien : *partout*), par suite de l'organisation de l'enseignement médical, on arrive jeune au professorat, et quand on arrive, on est obligé de travailler plus que jamais.

Je reviendrai plus tard sur cette question.

J'ai démontré que les cinq ou dix ans de préparation à ce concours injuste des hôpitaux n'étaient d'aucune utilité pour le candidat. Je vais plus loin : ce ne sont pas seulement cinq ou dix années — les plus belles de la vie — perdues pour lui ; ce sont des années stériles, perdues sans retour pour la science.

Oh ! je le sais, les satisfaits ou les indifférents, d'autres encore, vont m'accuser d'exagération. Hé bien, je prie mes contradicteurs de se livrer au petit calcul suivant : sur les soixante candidats environ se présentant maintenant chaque année au bureau central, combien font des travaux originaux ? Quelquesuns, seulement ; et ce sont surtout ceux qui ont l'inestimable bonheur d'approcher de très près de grandes personnalités médicales et d'être les propagateurs de la science *officielle* (car il y a une science *officielle* ; je le démontrerai plus tard.)

Maintenant, je prie mes contradicteurs de se livrer à cet autre calcul : qu'ils étudient la vie scientifique d'un médecin en Allemagne ou en France. En Allemagne, avant comme après le concours, les travaux sont très nombreux puisqu'ils sont des titres pour arriver ; en France, avant et pendant cette période inféconde de concours, la page reste blanche, et au moment le plus propice pour travailler, puisqu'il n'est pas encore trop absorbé par la clientèle, le malheureux candidat ne peut et ne doit pas se livrer à des travaux personnels qui, non seulement sont inutiles, mais qui peuvent aussi être nuisibles.

Ainsi donc, je réponds aux silencieux obstinés, à ces satisfaits dont je vais troubler l'inaltérable quiétude : Vos concours, *tels qu'ils existent*, sont des trompe-l'œil, ils ne sont d'aucune utilité pour le candidat et pour la science, ils sont stériles, ils immobilisent les intelligences pendant des années, ils découragent les travailleurs, ils paralysent les meilleures volontés et enchaînent l'indépendance ! Il y a une chose étonnante et bien faite pour nous rassurer sur l'avenir scientifique de la France : il faut que notre race soit fortement trempée, il faut que les qualités de notre esprit soient prépondérantes, il faut que notre amour du travail soit bien grand, pour que nous ayons pu conserver encore une place honorable dans le concert scientifique européen, en dépit de toutes les difficultés et de toutes les entraves. Mais, prenons garde : les étudiants étrangers se font plus rares, ils sont attirés autre part, et bientôt nous en serons réduits à enregistrer les découvertes d'autrui.

Si, pour obtenir le titre de médecin des hôpitaux, les travaux originaux pesaient d'un grand poids, s'il y avait une sérieuse épreuve sur titres, quelle émulation pour les vrais travailleurs, quelle moisson féconde de découvertes, et quelle richesse scientifique serait la nôtre ! Car enfin, la science profiterait de ces recherches accumulées par les cinquante ou soixante candidats qui se présentent annuellement au concours ; ceux qui auraient échoué n'auraient pas perdu leur temps pour eux d'abord, et pour la science ensuite, et ceux qui arrivent, auraient ainsi une tendance à continuer leurs recherches. Mais il faut donner aux candidats la possibilité de travailler ; on le pourrait en leur facilitant plus encore l'entrée dans les hôpitaux, en les attachant aux chefs de service à titre d'assistants, en les chargeant des consultations hospitalières qui sont réellement illusoires.

Je fais une proposition à l'administration : qu'elle consulte les principaux intéressés, les candidats sur les réformes à introduire dans les concours pour le bureau central. Je suis absolument convaincu qu'il y aurait presque unanimité pour réclamer ces réformes et accepter celles que je propose. Mais, on ne fera rien, ou plutôt on nommera une commission d'hommes très considérables, enlisés dans la routine et attachés au passé.

Je me résume :

Le recrutement des médecins, chirurgiens ou accoucheurs des hôpitaux ne doit et ne peut se faire que par le concours, et celui-ci (pour ce qui concerne la médecine) devrait se composer de trois épreuves.

1° La première serait l'épreuve sur titres. Mais, on ne devrait tenir compte que des travaux *originaux* et non des œuvres de compilation et d'érudition ; de plus, pour des raisons faciles à comprendre, les juges n'auraient pas à examiner tous les travaux produits deux ou trois mois avant et pendant toute la durée du concours. — Au sujet de cette épreuve sur titres, j'entends déjà l'objection : mais c'est là une épreuve dans laquelle le favoritisme que vous voulez éviter, jouera peut-être un grand rôle. Je ne le crois pas. Du reste, la perfection n'est pas de ce monde, *le mal ne peut pas être plus grand qu'avec le système actuel* ; avec celui que je propose, la science en retirera son profit, et notre patriotisme ne sera pas humilié. C'est bien là quelque chose. Enfin, en dehors des membres du jury, il y a un juge qui ne se trompe pas toujours. C'est l'opinion publique.

2° La seconde épreuve serait celle de clinique et de thérapeutique. Le candidat aurait au moins 20 minutes pour examiner un malade, et une heure pour faire une composition écrite, dans laquelle il discuterait le diagnostic, le pronostic et les indications du traitement.

3° La troisième et dernière épreuve serait celle de deux malades que le candidat aurait à examiner pendant 30 ou 40 minutes et au sujet desquels il serait

Digitized by Google

appelé à parler pendant une demi-heure après cinq minutes de réflexion.

Voilà une première réforme importante et urgente à accomplir, et j'estime qu'elle contribuera pour sa part sérieusement à améliorer l'enseignement médical, puisqu'il est démontré pour tous que *la médecine s'apprend au lit du malade, et non ailleurs.*

Je continuerai cette étude, je la continuerai malgré l'indifférence des uns, malgré l'hostilité des autres, et quoique je ne me fasse aucune illusion sur le sort qu'attende mes propositions. Car la routine et ceux qui ont intérêt à la conserver ou à la servir ont une grande puissance dans notre pays. N'importe ! Je n'en continuerai pas moins à parler, parce qu'il faut avoir confiance dans la « justice immanente des choses », parce qu'on sert son pays en l'éclairant sur ses défauts, et parce qu'on doit donner un démenti à cette spirituelle parole que m'adressait, naguère, un professeur étranger, ami de la France :

« C'est curieux, disait-il, comme la France, peuple de « progrès, est toujours en retard ! »

HENRI HUCHARD.

REVUE DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

I. La licence en médecine et la circulaire des professeurs de l'Ecole de médecine de Clermont. — II. Le rétablissement des examens de fin d'année et les vœux de l'Ecole de Dijon.

I. **La licence en médecine.** — On n'est pas content dans nos Ecoles secondaires de médecine, depuis le dépôt, sur le bureau du Sénat, du projet ministériel relatif aux Uuiversités régionales, et, sur le bureau de la Chambre des députés du projet qui, en réglant l'exercice de la médecine, supprime implicitement l'officiat de santé.

Depuis longtemps, on demandait la décentralisation universitaire. Ce vœu était devenu presque banal ; on en avait fait un argument qu'à tout propos, on invoquait contre la prépondérance de l'enseignement parisien. On n'avait pas tout à fait tort.

Au moment d'introduire dans l'université des réformes libérales, mais incomplètes, voici donc un changement dans l'opinion. Pourquoi ? Certains de nos décentralisateurs départementaux changent d'avis, jettent les hauts cris, et, encore un peu, vont se plaindre comme s'il s'agissait d'une tentative d'assassinat avec préméditation contre des Ecoles secondaires.

Ecoutez les professeurs de l'Ecole de Clermont-Ferrant. Ils adressent à tous les représentants et aux autorités de la circonscription académique une circulaire fort éloquente et très sincère dont voici la conclusion :

1° Création d'une licence en médecine, ne pouvant être prise qu'après quatre ans d'études au moins, c'est-à-dire après la seizième inscription trimestrielle. Cette licence donnera seule le titre professionnel de médecine avec toutes les prerogatives attachées jusqu'ici au grade de docteur ;

2° Le grade de docteur en médecine, qu'on ne pourra prendre qu'après l'obtention de la licence, ne sera plus considéré désormais que comme un grade exclusivement universitaire et ne conférera, à celui qui l'aura acquis, aucune prérogative professionnelle supérieure à celle que lui aura conféré la licence ;

3° Rétablissement des examens de fin d'année, seule sanction effective des études ;

4° Les Ecoles préparatoires de médecine seront compétentes pour faire passer les examens de fin d'année. Elles le seront également, mais, en ce cas, sous la présidence d'un professeur de Faculté délégué à cet effet, pour conférer le grade professionnel de licencié en médecine ;

4° Les Facultés de médecine seules auront compétence pour conférer le grade de docteur en médecine ;

6° Nous ajoutons, écrivent les professeurs de Clermont, que les Facultés de médecine de Paris, Lyon, Bordeaux et Montpellier, ont seules, en France, un rôle réellement utile. Toutes les autres sont nuisibles et il serait grandement à désirer qu'on puisse les faire disparaître. Il est nécessaire, en tous cas, que l'on ne songe plus à en créer de nouvelles et que l'ou se refuse à instituer des universités régionales en dehors de Paris, Lyon, Bordeaux et Montpellier.

On le voit, au milieu des propositions multiples, il s'agit surtout de la création d'un nouveau grade, la *licence* en médecine analogue à la licence en droit et de l'amoindrissement de la valeur généralement attribuée au diplôme doctoral.

En fait, la loi militaire a prévalu et les projets à l'étude consacreront l'abolition de l'officiat de santé. Les avocats de cette suppression forment la grande majorité parmi nos confrères et ces avocats invoquent en faveur de leur opinion, l'intérêt scientifique, humanitaire et patriotique d'élever le niveau de l'instruction professionnelle et générale du corps médical. C'est un motif dont on ne saurait les blâmer et que nul dans les Ecoles secondaires, ne songeait à blâmer tant qu'il s'est agi des réformes à l'état naissant et de progrès mal déterminés.

Aujourd'hui, grand émoi et autre avis. On n'ose pas demander le maintien de l'officiat mais on propose de décapiter le doctorat : plus de docteurs en médecine, tous *licenciés* : c'est le cri.

Vive la licence ! Par elle et sous un autre nom, l'officiat de santé revivra et surtout, ce qui importe le plus, — on le sous-entend, — les Ecoles de médecine en disette recruteront peut-être les élèves qui leur font défaut.

Quant à l'intérêt supérieur de la science, à l'importance de maintenir au diplôme doctoral une grande valeur ; de s'efforcer d'entraîner toutes les vocations vers le doctorat ; quant à soutenir le renom de la médecine française ; foin de tout cela !

Au lieu de conduire les officiers de santé au doctorat, faisons rétrograder les docteurs vers l'officiat en les menant à la licence et sauvegardons surtout les situations acquises ! Les situations acquises, les intérêts locaux, le clocher électoral ? Ah, voyez-vous, tout est là.

Il y a des gens révolutionnaires qui estiment qu'au lieu d'une licence en médecine, titre inférieur au doctorat actuel, il faudrait créer un *doctorat ès-sciences médicales.*

Nous sommes de ceux-là, P. Bert en était, Dechambre aussi.

Ce sont, paraît-il, des idées subversives que la décentralisation n'admet pas. Eh bien, j'y reviendrai, et pour l'instant, je constate, à titre de document, que la *licence en médecine* n'aura d'autre objet que le sauvetage de l'officiat et des Ecoles de médecine en péril ! C'est peu, trop peu ; et ce sera assez, on l'espère, pour faire repousser un tel vœu dont la réalisation, espérance chimérique, conduirait, somme toute, à cette antithèse : relever l'ensei-

Digitized by Google

gagement médical en abaissant le niveau des examens et du diplôme qui lui servent de sanction.

II. **Le rétablissement des examens de fin d'année.** — C'est là aussi, paraît-il, un moyen, non pas de relever le niveau des études, ce qui serait urgent, mais d'empêcher le dépeuplement des Ecoles secondaires ; ce qui, au témoignage de sincérité un peu naïve, des professeurs de l'Ecole de Dijon, semble plus urgent. Au reste, le document que ces professeurs viennent d'adresser aux autorités politiques de la circonscription académique de Dijon est fort édifiant.

En voici les principaux passages :

Plusieurs dispositions législatives en vigueur ou en projet sont de nature à paralyser l'essor des Ecoles de Médecine et de Pharmacie.

1° Tout d'abord il y a lieu de se préoccuper du projet de loi concluant à la suppression des officiers de santé. Sous ce rapport, nous pensons que l'intérêt général de la France demande le maintien en médecine de deux grades, l'un purement professionnel (officier de santé, licencié ou médecin), l'autre plus particulièrement scientifique (docteur en médecine ou docteur ès sciences médicales). Le premier de ces grades continuerait à être dans les attributions des Ecoles de Médecine, tandis que le second serait réservé aux Facultés ;

2° Nous considérons que, sous *peine de voir nos Ecoles devenir promptement désertes*, il est absolument urgent de revenir au régime des examens dits de fin d'année, régime, du reste, qui a été en vigueur de 1846 à 1878 et dont le rétablissement est demandé depuis plusieurs années par toutes les Ecoles et par plusieurs Facultés, celles de Montpellier et de Nancy, par exemple. Bien qu'il s'agisse là d'un détail d'organisation devant en apparence rester dans les attributions du pouvoir exécutif, il est absolument important à nos yeux que le législateur ne s'en désintéresse pas, la question de l'exercice de la médecine et celle de l'enseignement étant tout à fait connexes et ne devant pas être traitées séparément ;

3° Comme les étudiants pour la pharmacie de 2e classe constituent dans nos Ecoles le plus fort contingent des élèves pharmaciens, nous demandons que, s'ils sont appelés à disparaître, ainsi que le propose un projet de loi déposé au Parlement, les étudiants pour la Pharmacie de 1re classe soient autorisés à faire toutes leurs études dans les Ecoles préparatoires de Médecine et de Pharmacie et à y passer leurs examens définitifs devant un jury recruté dans l'Ecole et présidé par un professeur de Faculté ;

4° La loi militaire obligeant les candidats à l'Officiat et à la Pharmacie de 2e classe à faire trois années de service militaire, il nous semble équitable de demander que ces jeunes gens soient attachés aux garnisons des villes où siègent des Ecoles ou des Facultés de médecine. De la sorte, après la première année consacrée exclusivement au service militaire, ces étudiants pourraient être autorisés, dans la mesure du possible, à suivre les cours de l'Ecole ou de la Faculté. Cette faveur serait d'autant plus justifiée qu'après leurs trois années de service militaire, ces jeunes gens, en cas de guerre, devraient servir comme médecins ou comme infirmiers et non comme soldats proprement dits.

En résumé, les professeurs de l'Ecole de médecine de Dijon, demandent :

1° Le maintien de deux ordres de médecins ;

2° Le rétablissement des examens dits de fin d'année et des examens probatoires ;

3° L'autorisation pour les étudiants en pharmacie de 1re classe de faire toutes leurs études dans les Ecoles, dans le cas où les pharmaciens de 2e classe seraient supprimés ;

4° Le groupement des candidats à l'officiat et à la pharmacie de 2e classe dans les villes où siègent des Ecoles ou des Facultés, pendant la durée des trois années de leur service militaire et facultés laissées à ces jeunes gens de suivre les cours des Ecoles ou des Facultés à partir de leur deuxième année de service militaire ;

5° L'élargissement des dispositions du projet de loi sur les Universités, pour permettre aux groupes comprenant trois Facultés et une Ecole de médecine et de pharmacie, d'être érigés en Universités.

Ici, rétablissement des examens ; là, création d'un grade nouveau. Je crains bien que nos confrères de la province se préparent des déceptions. La décadence des Ecoles secondaires tient à des causes plus générales et à des conditions économiques et sociales nouvelles.

C'est la loi du progrès ; il faut s'y résigner, l'accepter, et bon gré mal gré la subir. Les vœux, les protestations, les circulaires et les efforts d'honorables universitaires décidés à conserver le plus possible les institutions existantes s'expliquent et s'excusent.

A titre de document, les cahiers des Ecoles secondaires sont intéressants à consulter. Oui, sans doute, mais c'est ailleurs bientôt, je le montrerai, que l'on doit chercher et espérer le relèvement nécessaire et une réforme sérieuse de l'enseignement médical en France.

CH. ELOY.

REVUE CRITIQUE DES CONGRÈS

Dixième congrès international des sciences médicales (1)

Tenu à Berlin du 4 au 9 août

CHIRURGIE. — I. **Statistique des résections de l'estomac et de l'intestin.** — C'est M. BILLROTH qui dépose le bilan de sa clinique chirurgicale de la période écoulée entre 1879 et 1890.

Il accuse 119 résections de l'estomac et de l'intestin dans des cas de rétrécissements, de tumeurs malignes ou même de simples ulcérations. En voici le détail — *Pylorectomies* : 41, dont 19 guérisons, 22 décès ; parmi les femmes opérées et réputées guéries, trois femmes seulement vivent encore, dont une seule est en récidive ; parmi les hommes, un jeune homme est en pleine santé, bien qu'opéré il y a cinq ans. — *Gastrostomies* : 28, dont 14 guérisons et 14 décès. — *Enterotomies* sur l'intestin grêle : 11 avec 11 guérisons. — *Résections du cæcum* : 24, dont 13 guérisons, 11 décès (il s'agissait de cancéreux). — *Colotomies* : 8, dont 4 guérisons. — *Rectotomies* : 7, pas de mortalité. — *Résections de l'extrémité inférieure de l'S iliaque* : 2 et 2 décès.

Les causes les plus fréquentes de la mort ont été la péritonite septique, la péritonite par perforation et le collapsus : celui-ci plus fréquent après la gastro entérostomie.

Que M. Billroth soit satisfait de la statistique qu'il produit, cela se comprend. Reste à savoir si ces chiffres ne démontrent pas que la chirurgie — (qui marche d'un pas boiteux) — n'est pas celle que l'on pratique ailleurs qu'en France. Une statistique trop favorable est un argument dangereux qu'un avocat bien avisé n'utiliserait pas. D'ailleurs, les chiffres ont une éloquence facile : c'est pour cela si souvent qu'on leur fait exprimer ce que l'on a intérêt à prouver.

II. **Traitement chirurgical de l'ascite tuberculeuse.** — Cette question d'actualité est-elle résolue par la communication de M. KUMMEL et par celle de M. KŒNIG ?

Le premier a traité neuf fois, dont huit avec succès, la tuberculose péritonéale par la laparotomie. Le second a pratiqué cette opération, dans les mêmes circonstances, sur 13 malades et a eu 4 décès : 3 par péritonite aiguë et 1 par collapsus. Voilà un résultat moins favorable que celui obtenu par M. Kummel.

Sur 131 cas opérés par divers chirurgiens, il y a eu 84 guéri-

(1) Voir nos 33, 34 et 35.

Digitized by Google

sons, soit une mortalité de 35 pour cent. Autre résultat encore moins favorable.

Et puis, il y a guérisons et guérisons. Sont-elles définitives? M. Kummel compte parmi ses huit succès trois cas de fistule permanente post-opératoires, aboutissant probablement à des foyers tuberculeux. D'autre part, M. Kœnig éprouve des doutes et voudrait, pour affirmer la solidité du traitement, connaître l'histoire des opérés que l'on considère comme guéris.

En résumé : Il est difficile, après ce débat, de formuler des conclusions formelles sur ces indications et la valeur de ces laparotomies. Tout ce que l'on sait, c'est que les résultats ne varient guère, quel que soit le procédé opératoire employé.

III. **Extirpation du rectum par la voie sacrée.** — C'est ainsi que M. Iversen (de Copenhague) désigne les méthodes de Verneuil, de Kocher et de Kraske, par opposition aux procédés plus classiques et plus anciens de Volkmann, Dieffenbach et Lesfranc, dans lesquels le lieu d'élection opératoire était le périnée.

L'extirpation du rectum par la voie sacrée est une opération radicale, permettant l'ablation des ganglions et des tissus envahis. Par contre, elle a pour conséquence un anus artificiel sacré parce que, le plus souvent, elle ne permet pas d'obtenir la suture des deux bouts du rectum.

M. Iversen produit donc des statistiques, et aux chiffres qu'il donne (8 cas personnels, 11 cas relatés dans la littérature médicale), M. Czerny en ajoute 18, soit un total de 37 opérations avec 12 décès, les uns dus au collapsus, les autres à une péritonite secondaire.

M. Iversen considère l'opération de Kraske comme un procédé de choix. Malheureusement, dans nombre de cas, on ne peut l'employer et il faut adopter une méthode de nécessité, la colotomie, qui est une opération seulement palliative. M. Czerny partage cet avis, ce semble, quand il recommande ce procédé contre le cancer rectal glandulaire et contre le cancer annulaire squirreux.

Constatons cependant, que moins sévère, M. Kœnig regarde ce même procédé comme susceptible de procurer des résultats inespérés. C'est le motif pour lequel il le préfère à la colotomie. Il est vrai qu'il attribue ses succès personnels à une précaution fort simple : celle de laisser la plaie ouverte en arrière. Un autre chirurgien, M. Lang (de New-York), attache une importance plus grande encore à l'attitude du malade pendant l'opération : il le place dans le décubitus abdominal et cette attitude a pour but, de prévenir l'épanchement des liquides dans la cavité péritonéale. Petites causes, grands effets: cette minutie dans les détails devient de plus en plus, pour les chirurgiens contemporains, une obligation et le secret de leurs succès.

IV. **De l'emploi de la strychnine pour prévenir le choc opératoire.** — Autre petit moyen, fort ingénieux d'ailleurs. M. Liceaga (de New-Mexico) en est l'inventeur. Il consiste quand un malade doit être opéré, malgré sa faiblesse et son épuisement, à lui injecter sous la peau, avant la chloroformisation, une dose de deux à trois milligrammes de strychnine. Pour prouver l'utilité de cette pratique, notre distingué confrère rapporte le cas d'un coxalgique, épuisé par une suppuration abondante et qui, en quelques jours, subit quatre opérations graves avec succès, grâce à des injections de cette nature. Pas de choc, pas d'accidents chloroformiques : bref, c'est un procédé physiologiquement légitime et digne d'être mis à l'essai.

V. **De l'amputation de la verge par le procédé de la flanelle.** — Ici encore, même succès par l'emploi d'un de ces moyens que l'on dit petits, mais qui, je le répète, néanmoins, sont efficaces. Il s'agit de l'amputation de la verge.

M. Rubio (de Madrid), entoure la base de cet organe d'une bande de flanelle, au moyen de laquelle il exerce une constriction destinée à produire l'hémostase et faciliter la ligature des artères caverneuses et dorsales sans hémorragie.

L'hémostase ainsi assurée, il devient facile de disséquer l'urèthre ligaturée préalablement avec un fil de catgut et de fixer ce canal à la partie antérieure du moignon. Pas d'hémorragie, point de contact de l'urine avec les tissus ; cicatrisation par première intuition : tels sont les avantages de cette méthode, somme toute, fort simple.

Clinique ophtalmologique. — I. **Du pansement occlusif de l'œil après l'opération de la cataracte.** — Il en est ainsi des précautions que M. Chisolm recommande après l'opération de la cataracte. Cet ophtalmologiste critique les pansements classiques qui compriment l'œil opéré et ont pour effet de provoquer l'ouverture de la plaie opératoire.

Il faut donc, dit-il, pratiquer l'occlusion des paupières; il y arrive en maintenant ces dernières agglutinées l'une à l'autre au moyen de bandes de taffetas adhésif, recouvrant toute la peau jusqu'aux rebords orbitaires supérieur et inférieur, tout en permettant l'écoulement des larmes par un écartement au niveau de la commensure externe.

Avec ce pansement, M. Chisolm déclare qu'il est inutile de placer l'opéré dans une chambre obscure, qu'on peut l'exposer à une lumière modérée et qu'il devient inutile de pratiquer l'occlusion de l'œil non opéré.

II. — **Le trachôme et son traitement.** — Cette question était à l'ordre du jour de la section d'ophtalmologie avec MM. Rocklman (de Dorpat) et Schmidt-Rimpler (de Gœttingue) pour rapporteur. Tous deux admettent la non identité du trachôme et de conjonctivite folliculaire.

Anatomiquement, la lésion du trachôme est une formation néoplasique spéciale ; celle de la conjonctivité folliculaire est essentiellement inflammatoire. Au point de vue étiologique, différences analogues : le premier est infectieux bien que son bacille soit encore indéterminé; il s'inocule aux individus prédisposés et dans des conditions climatériques favorables. De plus, son autonomie nosologique est absolue et on ne saurait, comme on l'a fait, le rattacher ni à la syphilis, ni à la tuberculose.

L'influence pathogénique de la race n'est point douteuse pour M. Swon-Burnett (de Washington) qui a noté l'immunité des nègres à l'égard de cette affection, et M. Chibret (de Clermont-Ferrand) qui a remarqué sa rareté parmi les individus d'origine celtique à la suite d'une enquête personnelle destinée à déterminer la distribution géographique de cette affection. D'autre part, M. Sulzer (de Wintherhur) proclame le rôle pathogénique du climat, le trachôme étant plus fréquent dans les régions tropicales et pendant la saison sèche. En résumé, la majorité des membres de la section ophtalmologique du Congrès de Berlin admet la nature infectieuse de cette affection et seul M. Wickerkewiz (de Posen) met en doute les faits étiologiques rapportés par les partisans de cette opinion. Un contre trois : c'est bien peu pour infirmer un avis ainsi motivé.

La question du traitement du trachôme n'a guère été débattue. Elle le méritait cependant. Seul M. Liebrecht (de Gand) a recommandé la pratique suivante :

Attouchements répétés trois ou quatre fois chaque jour avec une solution de nitrate d'argent ou de chlorure de zinc à un pour cent; immédiatement après, neutraliser ces sels.

Exceptionnellement, on peut employer les solutions de tanin ou mieux d'acétate de plomb. Toutefois, les badigeonnages avec cette dernière substance doivent être suivis d'une irrigation abondante, destinée à enlever tout excès de sel et à prévenir la pignentation plombique.

Au demeurant, dans ce début point de résultats thérapeutiques nouveaux; mais au point de vue pathogénique, des affir-

Digitized by Google

mations en faveur de la théorie infectieuse du trachôme, théorie que justifierait d'ailleurs une épidémie observée dans une école par M. H. Cohn, qui, de 1 à 2 pour cent, chiffre habituel de la maladie à Breslau, l'a vu s'élèver à 70 et 80 pour cent.

III. — **Indications thérapeutiquus de la panophtalmie aiguë.** — Soulevée par MM. Boé et Valude, cette question de thérapeutique peut se résoudre ainsi :

Une panophtalmie à marche aiguë peut être de nature infectieuse : les expériences de M. Boé le prouvent ; il est donc téméraire, par une intervention hâtive, de prévenir l'infection, Ou bien celle-ci est déjà faite. L'opération est alors superflue. Ou bien des thromboses veineuses ou un œdème de voisinage, ont pu la prévenir? L'opération aurait alors l'inconvénient d'ouvrir les voies de pénétration.

Mieux vaut débrider, pratiquer des lavages antiseptiques et attendre.

Cette opinion diffère de celle que M. Valude professe.

S'agit-il d'une *panophtalmie primitive ?* Il essaye de supprimer le foyer infectieux local par l'énucléation de l'œil, car, ajoute-t-il, si l'infection se produit, on ne sera pas forcément conduit à l'attribuer à l'intervention chirurgicale.

S'agit-il d'une *panophtalmie générale* : pleurésie, arthrite, méningite, abcès, ou d'une *panophtalmie secondaire*? Pas d'énucléation, mais le débridement, en un mot les moyens palliatifs locaux et surtout le traitement général.

En d'autres termes, maladie infectieuse, avec localisation ou bien avec généralisation, la panophtalmie est justiciable du traitement local ou général des maladies infectieuses. C'est une opinion moyenne, admissible d'ailleurs, mais que l'on professait généralement avant le Congrès de Berlin. Encore une question dont cette réunion n'a pu donner une solution inédite !

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

Bordeaux. — **Société de médecine et de chirurgie.** (13 juin 1890.) I. *Du menthol dans les affections prurigineuses de la peau.* — Saint-Etienne. — **Société de médecine de Saint-Etienne et de la Loire.** (19 juin 1890.) II. *De la mort subite dans les affections abdominales.*

I. **Du menthol dans les affections prurigineuses de la peau.**— L'idée d'employer les propriétés analgésiques du menthol contre le prurit cutané n'est point nouvelle. Scofeld (de Berlin), a proposé ce remède en 1888. Voici que MM. Dubreuilh et Archambault ont eu l'idée d'en vérifier les vertus contre les dermatoses prurigineuses diverses : démangeaisons causées par une éruption ou un panari (eczéma, gale, lucher) ; — démangeaisons sans lésion apparente des téguments (prurit nerveux ou toxique) ; — démangeaisons où les lésions cutanées ont la conséquence du grattage (urticaire, quelques eczémas).

Ils ont constaté sa puissance comme anesthésique local et aussi ses inconvénients quand on l'applique sur les muqueuses vulvaire et buccale ou sur des surfaces excoriées. Il provoque alors une sensation de brûlures qui oblige a le prescrire seulement sous la forme atténuée de solutions huileuses.

Malgré ces inconvénients que l'on peut prévenir par l'emploi judicieux du médicament, le menthol, d'après les conclusions fort judicieuses de nos deux confrères bordelais, calme les démangeaisons dans la plupart des cas et surtout quand le grattage provoque ou entretient la lésion et le prurit, particulièrement dans l'urticaire, certains eczémas et le prurit consécutif à une gale guérie. Dans l'urticaire ou le prurit sans lésion, on peut employer l'alcool avec 10 0/0 de menthol ou l'huile mentholée. Dans les eczémas, les solutions alcooliques causent un peu d'irritation. De plus, leur action est plus passagère ; il vaut mieux employer soit l'huile mentholée :

Huile d'amandes douces...	100 grammes
Menthol	5 à 10 —

Soit une pommade à l'oxyde de zinc et au menthol :

Axonge.....	} àà 25 grammes.
Vaseline.....	
Oxyde de zinc.....	10 —
Menthol	1 à 5 —

Il sera toujours nécessaire d'abaisser la dose de menthol pour la face, la vulve ou les surfaces excoriées. On pourra l'élever d'autant plus que le prurit est plus vif et plus localisé.

Le menthol présente sur l'essence de menthe deux avantages sérieux ; d'abord, il coûte moins cher, ensuite son odeur, plus faible que celle de l'essence et moins tenace, ne le trahit pas à distance.

II, **De la mort subite dans le cours des affections abdominales.** — On a fait jouer un rôle prépondérant à la mise en jeu de l'activité reflexe dans la production de ces accidents. Il faut faire cependant intervenir les lesions du myocarde, dans la plupart de ces cas, comme M. H. Huchard l'a montré à cette même place, il y a deux années.

M, Ch. Jacquemard, interne distingué du service de M. Cénac, à l'hôpital de Saint-Etienne, émet une opinion mixte et la motive sur deux observations dans lesquelles les malades, ayant succombé subitement ne présentaient que de faibles altérations du myocarde (surcharge graisseuse dans un cas, lésions de myocardite segmentaires dans l'autre).

Pendant la vie on a soit constaté chez l'un un bruit de galop, et chez l'autre quelques palpitations, ni l'un ni l'autre n'étaient cachectiques, malgré un cancer à l'estomac chez le premier et une tuberculose de la capsule surrénale chez le second.

M. Ch. Jacquemard, fait donc intervenir les reflexes dans l'étiologie de ces morts subites et se refuse à y voir entièrement la conséquence d'une cardéopathie. Il s'explique ainsi :

Le retentisssement reflexe de l'irritation des filets du plexus solaire porte soit sur le cœur lui-même, soit les vaso-moteurs periphériques.

Quand le cœur est sain ce retentissement est inoffensif ; il devient grave quand le cœur est altéré. Ainsi s'explique le rôle des lésions dans les cachexies cancéreuses ou tuberculeuses, l'alcoolisme et les maladies chroniques. De là, aussi, ajoute-t-il, comme l'a fait M. Huchard, l'indication d'augmenter la résistance du cœur par l'administration de la morphine, avant la ponction d'un kyste du foie, les injections à éther et surtout celles de caféine.

On le voit, à ces différences d'interprétations près et les faits signalés par M. Jacquemard, et ses remarques judicieuses, confirment l'importances des conclusions formulées naguère à cette place. On ne saurait trop les rappeler. K.R.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 septembre 1890

Présidence de M. le Dr Tarnier

M. Guérin lit un rapport sur le travail présenté récemment par M. le Dr Guermonprez (de Lille) sur la prothèse des apophyses géni.

M. Javal lit un rapport sur un travail de M. le Dr G. Martin (de Bordeaux), sur l'amblyopie des astigmates et sur un mémoire lu récemment par M. le Dr Motais (d'Angers), et exposant un nouveau procédé opératoire pour le strabisme.

M. Hache (de Beyrouth) lit une note sur la *pleurésie puru-*

Digitized by Google

lente traitée par l'incision postérieure de Walther. Il repousse comme inutiles et mécaniquement nuisibles les lavages quotidiens. Le premier lavage a surtout pour but d'évacuer complètement le pus et les fausses membranes : il est inutile. Les lavages ultérieurs doivent être évités autant que possible. Il suffit de faire un bon drainage. Ils ne sont indiqués que s'il y a rétention d'une certaine quantité de pus ou dans le cas de gangrène pulmonaire.

M. Richelot lit un travail sur l'*hystérectomie abdominale*. Il préconise le traitement du pédicule par la ligature élastique perdue. Il est partisan de laisser le pédicule utérin dans l'abdomen. La ligature se fait avec un tube de caoutchouc qu'on applique au-dessous des ovaires. L'hémostase assurée, on enlève la masse fibreuse. La ligature est resserrée, les chefs du tube sont maintenus par un fil de soie. Il est essentiel de ne pas fixer la vessie avec le tube. La ligature s'enkyste et s'élimine par le museau de tanche. S. R.

BULLETIN DE LA SEMAINE

La mort de M. Gavarret. — L'inspectorat général de la médecine. — Un document historique. — Le rapport de 1871 sur le concours pour le professorat.

La mort est cruelle et aveugle. On le dit, c'est un cliché.

Cruelle ? Oui, pour ses victimes. Aveugle ? Pas toujours, car il lui arrive de temps en temps de frapper à un moment opportun, dans l'intérêt général de l'humanité et de nos contemporains.

En tout autre temps, le décès subit, mais non absolument inattendu, de M. Gavarret, aurait pu passer pour un événement de moindre importance dans l'histoire de l'Université, sinon dans la mémoire et le vœu de ses amis.

Un inspecteur-général succombe ; un autre inspecteur-général le remplace. Puis, c'est tout ! La terre continue de tourner, nos professeurs d'enseigner, les élèves de déserter les amphithéâtres et le char de l'enseignement de s'embourber dans la même ornière.

Aujourd'hui, en sera-t-il autrement ? Maintenant que l'inspecteur-général n'est plus et qu'il serait hors de saison d'invoquer le prétexte des situations acquises, on se demande, en effet, si le ministre va en profiter pour faire disparaître, non seulement en apparence, du moins en réalité, cette fonction superflue d'inspecteur-général de l'Instruction publique ?

A en juger par les bénéfices que l'enseignement a retiré de cette institution, on n'explique point l'utilité d'une fonction d'ordinaire dévolue à des savants d'un grand âge, d'une humeur docile à l'égard de l'autorité et d'une autorité parfois abusive.

Sous le dernier régime, le principal adversaire des réformes de l'enseignement médical, et de la loi sur la liberté de l'enseignement fut l'inspecteur-général Denonvilliers. Les procès-verbaux de la Commission de 1870, en font foi.

Denonvilliers combattait toute réforme libérale et dans la Faculté de médecine du second empire, il estimait que tout était pour le mieux.

Que voulez-vous ? Il était de bon ton pour un fonctionnaire de se dire plus impérialiste que l'Empereur.

Chauffard vint ensuite ; des raisons politiques motivèrent sa nomination. On était aux alentours du seize Mai. C'est tout dire.

Chauffard mourut. On appella Gavarret à sa succession le 10 février 1879. Il était patronné, on l'a dit du moins, et on le croit encore aujourd'hui, par un homme d'Etat, dont le grand cœur acceptait trop généreusement tous les dévouements.

Au reste, il faut le rappeler, la nomination de M. Gavarret à l'Inspectorat fit naître des espérances. On relisait volontiers l'éloquent plaidoyer qu'il avait rédigé en 1871, au lendemain de la guerre et avec l'appui de ses collègues de la Faculté, en faveur du rétablissement du concours pour la nomination des professeurs. Hélas ! c'étaient espérances, illusions et aussi platoniques arguments !

On a dit que les Facultés de Bordeaux et de Lyon, n'eurent pas toujours à se louer de son intervention. Soit ! Cela s'explique ! Polytechnicien d'abord, artilleur ensuite, finalement médecin et élève de l'Ecole de Paris, Gavarret avait des préférences, n'admettait guère d'autres Facultés que celle qui l'avait recueilli au lendemain des incidents qui brisèrent sa carrière militaire, ou que celle dont il avait contribué à réaliser la fondation.

La Faculté de Paris était son milieu de prédilection ; depuis 1839 il y vivait. Il devait sa position à Andral ; il y avait obtenu la chaire de physique médicale, dans un concours brillant, contre Guérard, Maissiat, Person et Baudrimont. Parisien par adoption, l'ancien artilleur de Metz n'était peut-être pas sans subir trop volontiers l'influence de ces courants d'air qui soufflent dans les corridors du monument de la rue de l'Ecole de Médecine, et qui ne passent pas pour être toujours des vents de liberté et de décentralisation scientifiques.

Mais passons, et retenons son plaidoyer en faveur du concours pour les chaires professorales. Il n'est pas hors d'heure, d'en citer quelques passages au moment où on parle de réformes universitaires.

Voici comment il appréciait cette institution qui, pendant quarante ans, donna un si grand éclat à l'enseignement médical universitaire.

« Pour remplir dignement la mission qui lui est confiée, pour » faire servir efficacement une autorité légitimement acquise à » l'instruction de la jeunesse, tout professeur doit posséder » l'art de concevoir le plan et de disposer avec méthode les » matières d'une leçon.

» Il faut, en outre, que par la clarté et la netteté de son ex- » position, il sache mettre les questions les plus ardues à la » portée de toutes les intelligences, inspirer aux élèves le » goût des études sérieuses, retenir autour de sa chaire les au- » diteurs attirés par son autorité scientifique... Tant qu'un » homme, quelles que soient d'ailleurs l'étendue de ses con- » naissances et l'importance de ses travaux scientifiques ; quel- » que juste renommée qu'il ait acquise, n'aura pas été appelé à » faire ses preuves du haut d'une chaire, dans une enceinte » librement ouverte au public, *il sera impossible de porter un* » *jugement éclairé, motivé, sur ce que nous appellerons ses apti-* » *tudes professorales.*

» ...Le concours, pour donner de bons résultats, doit être » organisé de manière à satisfaire à deux conditions essen- » tielles. D'une part, les titres scientifiques des candidats doi- » vent être pris en très grande considération, très sérieusement » examinés, étudiés, discutés dans les séances intérieures du » jury ; — d'autre part, les épreuves publiques, réduites au

Digitized by Google

» nombre rigoureusement nécessaire pour permettre d'ap-
» précier les qualités professorales, doivent être choisies,
» réglées de manière à éviter toute surprise et toute vaine dis-
» cussion, à placer, en un mot, les candidats dans les condi-
» tions imposées par le haut enseignement et par la nature de
» la chaire à laquelle ils prétendent. »

« Après des épreuves *publiques* ainsi combinées, lorsque
» toute possibilité de surprise aura disparu, lorsque la science
» acquise sera libre d'éclater dans sa plénitude, il n'y aura plus
» à craindre que des hommes d'un mérite incontestable et
» d'une grande notoriété justement acquise, se tiennent à
» l'écart, de peur de se compromettre. Par l'éclat et les émo-
» tions de ses luttes publiques, par les garanties qu'il promet
» aux hommes d'études contre les erreurs des juges, les sur-
» prises des réputations usurpées, les embarras des promesses
» imprudentes, les dangers des partis-pris, les entrainements
» du népotisme et des camaraderies, le concours nous parait
» éminemment propre à exciter l'émulation des générations
» médicales, à réveiller en elles ce feu sacré sans lequel le
» goût de tout ce qui est beau, de tout ce qui est grand,
» s'émousse, s'affaiblit et s'éteint. »

Ce que M. Gavarret, rapporteur de la Commission, nommé par la Faculté de Paris en 1891, demandait si éloquemment, M. Gavarret, inspecteur général, n'a point pu, n'a point su ou n'a point voulu le réaliser.

N'est-ce pas là une preuve de l'inutilité d'une fonction et de fonctionnaires dont la grande occupation a été d'exercer un contrôle sur la distribution des palmes académiques aux membres du corps médical ?

CH. ELOY.

INFORMATIONS

FRANCE

Dépôts mortuaires. — Un arrêté du Préfet de la Seine visant une délibération du Conseil municipal, annonce l'établissement dans chacun des cimetières, au Nord et à l'Est d'un dépôt mortuaire, dont la construction doit être immédiatement commencée.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE. — **Après le Congrès de Berlin.** — Un de nos correspondants nous écrit : On continue de parler de l'exil du Dr Lassar au lendemain du Congrès dont il était le secrétaire. Les uns attribuent cette disgrâce à son attitude inconvenante vis-à-vis de l'impératrice en visite à l'exposition médicale, d'autres à son voyage en France, il y a un an au moment de l'Exposition, d'autres enfin, plus cruels, à ce culte de Gambrinus dont les adorateurs étaient si nombreux dans les banquets internationaux récents. Bref, M. Lassar a quitté Berlin sur un avis officieux, autrement dit sur un ordre supérieur, il est parti pour l'Amérique. Ses amis attribuent « ces écarts » à une grande surexcitation nerveuse. C'est une excuse. Ce qui le serait moins, ce serait la mesure arbitraire dont il est l'objet, et qui dans un pays plus libre causerait quelque émotion. « Ici on ne s'en étonne point. »

ITALIE. — **Le futur Congrès international des sciences médicales.** — Le prochain Congrès devant avoir lieu à Rome, M. Bacelli, président du comité d'organisation, propose de faire coïncider cette réunion en 1893 avec une exposition nationale siégeant dans la ville éternelle. Ne sera-t il pas international, spécialement à l'usage des amis de la Triple-Alliance? D'ici là, cette dernière aura peut-être vécu et les intentions politico-médicales de M. Bacelli pourraient être déçues.

NOUVELLES SANITAIRES

ÉTRANGER

ESPAGNE — **L'épidémie cholérique de 1890.** — La situation sanitaire en Espagne ne s'est point modifiée depuis huit jours.

Du 1er au 9 septembre, les dépêches officielles annoncent 334 cas nouveaux et 164 décès. Les provinces contaminées sont toujours celles de Tolède, Badajos, Tarragone, Valence, Albacète et Alicante.

Il faut ajouter que les mesures sanitaires ne sont pas mieux accueillies aujourd'hui qu'il y a un mois par les populations rurales, que, dans nombre de localités, les médecins chargés de leur application, rencontrent les plus vives résistances, sont menacés pour leur vie et, malgré l'intervention de la force armée, ne peuvent vaincre les préjugés et l'hostilité des habitants des localités contaminées.

ANGLETERRE. — **Les mesures sanitaires contre le choléra.** — Le *Local Government Board* vient d'adresser une circulaire à toutes les autorités de la Grande-Bretagne et de l'Irlande dans le but de compléter les ordonnances de l'année 1883. Désormais les médecins sanitaires qui auront constaté la contamination d'un navire devront, non seulement en informer les autorités sanitaires du port ; mais communiquer le résultat de leur enquête au Local Government Board. C'est là une tentative de centralisation des services de surveillance de la santé publique.

Ils devront noter les noms, les adresses des passagers et la localité où ils se rendent. Ces informations seront transmises aux autorités de ces localités qui feront visiter les voyageurs à leur arrivée à destination.

D'après un autre article de cette ordonnance, les navires infectés pendant leur traversée devront attérir à trois milles des côtes et se mettre en rapport avant d'entrer dans les ports, avec les autorités sanitaires qui pourront aussi les faire visiter en temps opportun.

ARABIE. — **L'épidémie de choléra de la Mecque.** — D'après les nouvelles, assez incomplètes qui nous parviennent, l'épidémie serait en complète décroissance. Nous signalons le fait sans en tirer aucune conclusion. D'ailleurs, on s'explique la diminution du nombre des victimes : les pèlerinages sont terminés et en épidémiologie comme ailleurs les combats finissent aussi faute de combattants.

NÉCROLOGIE

M. LE Dr DUMENIL

Nous avons le regret d'apprendre la mort imprévue de notre très honoré et très estimé confrère, M. le Dr Dumenil (de Rouen).

C'est toujours avec un sentiment de vive douleur que nous enregistrons la mort cruelle de l'un des collaborateurs de la première heure du *Journal des Praticiens*. Dès la fondation de ce journal, il fut l'un de ceux qui nous encouragaient par ses bons avis à poursuivre une œuvre qu'il estimait nécessaire. Depuis, par son dévouement affectueux, il n'a jamais manqué de nous soutenir fidèlement dans le succès.

M. Dumenil était non-seulement un praticien dévoué et un savant médecin, il avait en plus de grandes qualités de cœur. C'est une perte pour le corps médical de Rouen, auquel nous adressons, comme à sa famille, nos sympathiques condoléances et l'expression de nos vifs regrets.

CH. E.

Le Directeur-gérant : HENRI HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE N° 38 17 SEPTEMBRE 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

COMITÉ DE RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-André (de Bordeaux). — Service de M. le Dr A. PITRES,
Professeur de clinique médicale à la Faculté de Bordeaux.

Du traitement général de l'hystérie (1)

I. Traitement prophylactique. Hygiène physique et morale convenant aux prédisposés. — II. Traitement curatif. Influence des émotions morales. Indication de l'isolement. — III. Effets de l'hydrothérapie, de l'électrisation statique, de la métallothérapie interne, de cures médicomenteuses, de l'hypnotisation, des opérations chirurgicales. — IV. Question du mariage des hystériques.

Le traitement de l'hystérie est difficile à établir. Les innombrables moyens préconisés par les auteurs sont infidèles ; tous réussissent quelquefois, aucun ne réussit toujours. De plus, chaque cas particulier soulève des problèmes spéciaux dont on serait fort embarrassé de déterminer la solution, si on n'était guidé par les préceptes généraux que je vais essayer de faire connaître.

Un premier fait sur lequel tout le monde est d'accord, c'est que la diathèse hystérique doit être combattue aussitôt que se montrent, chez les enfants, les premiers symptômes de la prédisposition névropathique, c'est-à-dire longtemps avant l'explosion des grands accidents de la névrose confirmée.

Ces symptômes surviennent dans le jeune âge et qu'ils se montrent sous des formes très variées : émotivité excessive, attaques de somnambulisme, terreurs nocturnes crises de hoquets, de vomissements, de sanglots, de toux spasmodique, etc.

On les considérait jadis comme de petits malaises insignifiants. En fait, ils n'ont aucune gravité immédiate. Néanmoins, ils indiquent une susceptibilité anormale du système nerveux. Les enfants qui en sont atteints ne sont pas encore des malades, mais ils sont déjà des prédisposés, des candidats à l'hystérie.

On peut leur épargner bien des misères en combattant, en temps opportun, par une hygiène physique et morale convenablement dirigée, la diathèse latente dont leur organisation porte le germe. D'une manière générale, tout ce qui développe leur corps et fortifie leurs muscles est utile ; tout ce qui excite leur sensibilité et exalte leur imagination est nuisible. Il convient dès lors de les élever au grand air ; de leur conseiller la gymnastique, l'équitation, l'escrime, la natation ; de les habituer aux pratiques hydrothérapiques. Il faut leur éviter les grandes fatigues intellectuelles et les émotions morales violentes. Il est d'usage, dans certaines familles, d'effrayer les enfants par des contes terrifiants ; on leur parle incessamment du loup, de rampono, de croquemitaine, de spectres, de revenants, de sorcières, de diables, etc. ; on garnit leur esprit de superstitions grossières. Tout cela est mauvais, nuisible, dangereux ; tout cela provoque des états émotifs artificiels on ne peut plus favorables au développement des tendances névropathiques.

Les jeunes prédisposés à l'hystérie doivent être, quand c'est possible, élevés loin de leur famille. Leurs parents sont habituellement des névropathes qui ne savent pas diriger, avec la fermeté et la pondération convenables, l'éducation d'enfants doués d'une sensibilité très vive. Ils sont, presque toujours, ou trop violents on trop faibles ; ils terrorisent les enfants ou ils les gâtent, et, dans l'un et l'autre cas, ils sont de très mauvais éducateurs.

L'internat, à côté d'inconvénients très réels, a d'incontestables avantages. Il habitue l'esprit au travail régulier, au respect, à l'obéissance, à la discipline ; il assouplit le caractère, il est infiniment préférable, pour les fils de névropathes, à la vie de famille.

Telles sont les bases de la prophylaxie de l'hystérie ; passons à l'étude du traitement de la névrose confirmée.

Les grands ébranlements psychiques sont à la fois des causes provocatrices et des agents curateurs de l'hystérie. Comme la lance d'Achille, ils peuvent guérir les maux qu'ils ont faits. Les cures merveilleuses obtenues à la suite de frayeurs, de contrariétés, de pèlerinages, de pratiques cabalistiques, d'ingestion de pilules d'orviétan, etc., ne se comptent plus. Il serait ridicule de contester leur réalité et puéril de les expliquer autrement que par une sorte de répulsion morale.

Le traitement de l'hystérie serait singulièrement simplifié si on pouvait manier facilement ces agents de perturbation psychique, les doser et les adapter, selon les convenances, à chaque cas particulier. Malheureusement, il est impossible de connaître *à priori* le genre d'émotion utilement applicable au malade qu'il s'agit de traiter. L'homme est naturellement crédule, mais les formes de sa crédulité varient infiniment. Telle personne, qui sera profondément touchée par les pompes d'une cérémonie religieuse, se moquera des mystères de la sorcellerie, telle autre, qui se défiera des conseils d'un médecin honnête et expérimenté, accordera une confiance aveugle aux remèdes secrets ou aux solutions homéopathiques.

D'autre part, il est fort delicat de conseiller des pratiques dont l'exploitation est généralement abandonnée aux charlatans de profession. On braverait bien volontiers les critiques si le succès était assuré, mais quand

(1) Leçon recueillie par M. le Dr EMILE BITOT, chef de clinique de la Faculté. Voir n° 37 (10 septembre 1890).

Digitized by Google

il est incertain, — et en matière d'hystérie il l'est toujours, — ce serait folie que de s'exposer pour un résultat aléatoire à de malveillantes interprétations.

Cependant, s'il est indigne d'un homme de science de prendre les allures d'un thaumaturge ou d'un magicien, il ne lui est pas interdit de profiter des données de l'expérience et de faire, dans les limites imposées par les convenances professionnelles, de la *médecine d'imagination*.

L'observation clinique démontre que, pour qu'un hystérique guérisse, il est bon qu'il soit convaincu de sa curabilité et de l'efficacité absolue des moyens employés pour obtenir sa guérison. Avant d'entreprendre un traitement quelconque, le médecin devra donc s'attacher à placer son malade dans les conditions morales les plus favorables à sa cure. Il s'efforcera de gagner sa confiance ; il lui donnera l'assurance formelle que le mal dont il souffre n'a aucune gravité ; que les symptômes de ce mal sont vulgaires, banals ; qu'ils disparaîtraient sûrement dans un bref délai alors même qu'on ne les traiterait pas activement, mais qu'ils se dissiperont beaucoup plus tôt si on leur applique un traitement approprié à leur nature.

Cette partie préliminaire et purement morale de la cure a une importance capitale. Sa direction est souvent gênée par l'intervention des parents ou d'amis qui, n'ayant jamais vu d'hystériques, s'émeuvent des moindres incidents de la maladie, en observent les divers épisodes avec une terreur mal déguisée et entretiennent le malade dans l'idée qu'il a une affection extraordinaire, surnaturelle, inaccessible aux agents de la thérapeutique médicale.

C'est alors que l'*isolement* s'impose comme une impérieuse nécessité. D'une façon générale, plus les parents d'un hystérique sont tendres, affectueux, attentifs à prévenir ses désirs et à s'alarmer de ses souffrances, plus il est urgent de soustraire le malade à leur maladroite et inopportune sollicitude et de le placer, s'il est pauvre, dans un hôpital; s'il est riche, dans une maison de santé (je ne dis pas un asile d'aliénés), sous la surveillance de personnes sérieuses, habituées à voir et à soigner des hystériques.

Il n'est pas toujours aisé d'obtenir l'assentiment des intéressés à la réalisation de cette mesure. La résistance vient surtout des parents. Quand vous direz à une mère déjà très inquiète de la santé de sa fille : « Madame, si vous voulez que votre enfant guérisse rapidement, il faut vous séparer d'elle et la confier à des mains étrangères, » cette mère, affolée, vous répondra presque toujours : « Ce que vous me proposez là, Docteur, est impraticable. Ma fille est habituée à mes soins ; elle ne m'a jamais quittée ; loin de moi, elle va se désespérer et devenir plus malade. » Eh bien ! il ne faut pas vous laisser émouvoir par ce raisonnement spécieux. L'observation en démontre la fausseté. Non seulement la séparation ne provoque jamais les désespoirs annoncés, mais elle est presque toujours suivie d'un amendement rapide des symptômes prédominants de la névrose.

Le fait seul d'avoir obtenu l'isolement constitue une sorte de victoire morale qui place l'hystérique sous la domination exclusive du médecin. Celui-ci n'a plus qu'à profiter de ce premier succès en faisant suivre, avec une rigoureuse exactitude, le traitement qui lui paraît indiqué.

Ce traitement comporte deux indications : 1° faire cesser le plus promptement possible les accidents actuels de la névrose ; 2° combattre la susceptibilité morbide en vertu de laquelle ces accidents ont pu se produire.

Pour atteindre ce double but, le médecin dispose d'une foule de moyens. Vous savez comment il convient de traiter les attaques convulsives, les tremblements, les spasmes rythmiques. Vous avez vu maintes fois les effets surprenants de la faradisation localisée, des applications métalliques, de l'aimentation dans le traitement des anesthésies, des paralysies, des contractures. Vous vous souvenez des cas de vomissements hystériques que nous avons fait disparaître par les pulvérisations d'éther sur le creux épigastrique et par les lavages de l'estomac. Il me paraît inutile de revenir sur les indications de ces agents thérapeutiques ; je préfère vous parler des moyens qui s'adressent à la diathèse hystérique elle-même.

L'*hydrothérapie* est un des puissants modificateurs connus du système nerveux. Elle est indiquée dans la majorité des cas d'hystérie confirmée. Il faut l'ordonner de préférence sous la forme de douches froides (14 à 18 degrés) en jet brisé, sur tout le corps. Chaque douche doit durer de 20 à 40 secondes, pas davantage. Elle sera terminée par un jet d'eau chaude sur les pieds, et suivie d'une friction sèche énergique pour assurer la réaction.

Si les douches étaient mal supportées, si elles provoquaient des attaques convulsives ou d'autres accidents, on les remplacerait avec avantage par des bains tièdes (34 degrés) prolongés (45 à 60 minutes), ou par des bains frais (30, 28, 26 degrés) de cinq à quinze minutes de durée.

L'*électrisation statique* a été conseillée dans ces dernières années par des observateurs dignes de toute confiance. M. Charcot l'emploie couramment à la Salpêtrière. Elle a l'inconvénient d'exiger des appareils coûteux, encombrants et d'un entretien assez délicat.

La *métallothérapie interne* n'a pas donné les brillants résultats qu'en avaient espéré les recherches de Burq et les premiers travaux de la Commission de contrôle nommée en 1876 par la Société de biologie. Le principe en est très simple : lorsqu'un hystérique est anasthésique et amyosthénique, on recherche, par voie de tâtonnements, le métal dont l'application réveille la sensibilité et la force musculaire, et quand on l'a trouvé, on administre un de ses sels, parce que, d'après la théorie, ce métal agirait comme un véritable spécifique contre la névrose dont dépend l'anesthésie que son contact a modifiée.

Ce serait admirable, si c'était vrai ; mais l'expérience ne confirme pas les données théoriques, et je dois avouer qu'après en avoir fait très souvent l'essai, j'ai complètement renoncé à la métallothérapie interne.

Les *médicaments* sont rarement utiles dans le traitement général de l'hystérie. Le fer, l'arsenic, le quin-

Digitized by Google

quina, etc., sont souvent indiqués pour combattre la chloro-anémie concomitante, mais ils ont peu d'action sur la névrose elle-même. Ainsi que l'a dit Georget, l'hystérie est une maladie dans laquelle les calmants calment peu et les antispasmodiques font rarement cesser les spasmes. Le seul remède qui ait une influence sédative sérieuse, c'est l'opium et surtout, son alcaloïde le plus répandu, la morphine. Il est certain que les injections hypodermiques de morphine apaisent la plupart des accidents hystériqnes. Mais le remède est souvent pire que le mal. Les hystériques se trouvent si bien de la morphine qu'ils deviennent fréquemment morphinomanes, et, tout compte fait, il vaut encore mieux souffrir de l'hystérie que mourir lentement empoisonné par une drogue.

Tous les autres sédatifs, si chaleureusement préconisés par certains auteurs : le musc, la valériane, l'assa fœtida, le chloral, les bromures, répondent à quelques indications limitées, mais leur emploi systématique est plus nuisible qu'utile.

L'*hypnotisation* a été appliquée dans ces dernières années au traitement de l'hystérie. Elle a des défenseurs enthousiastes et des détracteurs systématiques. Les premiers ne voient que ses avantages, les derniers, que ses inconvénients. La vérité, c'est qu'on ne peut pas l'ériger en méthode générale et exclusive. La thérapeutique suggestive fait quelquefois disparaître, avec une merveilleuse rapidité, certains accidents hystériques : paralysies, contractures, spasmes rythmiques, etc. ; mais elle ne guérit pas l'hystérie elle-même.

De plus, elle est souvent inapplicable, car tous les hystériques ne sont pas hypnotisables, et parmi ceux qui sont hypnotisables, tous ne sont pas suggestibles.

Enfin, elle n'est pas toujours inoffensive. Certains sujets deviennent, après quelques séances d'hypnotisation, si sensibles à l'action des procédés hypnogènes qu'il suffit d'un regard, d'un geste, d'un bruit imprévu, pour les faire tomber dans l'état de sommeil.

En somme, l'hypnotisation est un moyen difficile à manier qu'il faut réserver à quelques cas particuliers. Si le hasard vous met en présence de malades hypnotisés antérieurement par d'autres personnes ou sujettes à des attaques de sommeil, rien ne s'oppose à ce que vous fassiez sur eux des tentatives de thérapeutique suggestive. Je vous engage à ne pas aller au delà. Pour ma part, il m'est arrivé très rarement de commencer l'éducation hypnotique des malades confiés à mes soins, et quand je l'ai fait, c'était toujours pour répondre à des sollicitations très pressantes des malades eux-mêmes ou de leur entourage.

Diverses opérations chirurgicales ont été proposées contre l'hystérie. Baker Brown (de Londres), Brawn (de Vienne) ont vanté les avantages de la *clitoridectomie;* Friedreich (d'Heidelberg) préconise les cautérisations du clitoris. D'autres chirurgiens, plus hardis ou plus téméraires, n'ont pas craint d'ouvrir le ventre des hystériques pour en extraire des ovaires parfaitement sains. Rien ne justifie ces opérations ; rien, pas même le succès, car avant de faire courir à un malade les dangers inhérents à une intervention sanglante, il faudrait être certain que la guérison ne peut être obtenue par des méthodes plus inoffensives, et cette certitude, on ne l'a jamais ; on ne peut pas l'avoir. Il paraît même démontré que, dans les cas heureux où des mutilations organiques graves ont été suivies de la guérison d'accidents hystériques anciens, ce n'est pas l'opération elle-même qui a fait la cure, mais bien l'émotion provoquée par l'opération, de telle sorte que le traitement chirurgical de l'hystérie n'est, au fond, qu'une des formes de la révulsion morale. Il y a à ce sujet dans la science une observation fort instructive dont je vous engage à méditer les détails. Elle a été rapportée par M. Chiarleoni, chirurgien de l'hôpital de Crémone, et peut être résumée ainsi :

Une jeune femme, bien portante jusqu'en 1878, fut épouvantée par un incendie. Elle tomba aussitôt en convulsions et depuis cette époque resta sujette à des accidents hystériques graves et variés : douleurs abdominales, insomnie, vomissements incoercibles, paraplégie, amaigrissement extrême, etc. Admise à l'hôpital de Crémone dans un service de médecine, elle y subit sans résultats toutes sortes de traitements. Son état s'aggravant sans cesse, on la montra, en 1883, à M. Chiarleoni. Celui-ci, après l'avoir examinée, déclara que la castration était l'unique ressource offrant quelques chances de succès. Depuis lors, la malade ne cessa de réclamer à grands cris l'opération qui devait mettre un terme à ses souffrances. On ne consentit cependant à céder à ses désirs qu'en 1887, neuf ans, par conséquent, après le début des accidents hystériques. Mais voici comment on procéda :

Les préparatifs de l'opération furent très solennels. La malade, transportée par des aides à l'amphitl éâtre de chirurgie, fut anesthésiée par le chloroforme. La peau fut incisée *superficiellement* dans une longueur de dix centimètres et aussitôt recousue à l'aide de cinq points de suture. Un pansement iodoformé appliqué sur la plaie assura l'antisepsie.

A partir de ce jour, les vomissements cessèrent, le sommeil reparut, les forces revinrent. La guérison fut bientôt complète. Elle persistait trois mois après la castration simulée dont vous venez d'entendre les détails, quand M. Chiarleoni publia l'observation.

Cet exemple est tout à fait démonstratif. Il prouve que l'opération n'est pas la cause efficiente de la cure. Quand elle détermine la guérison, c'est purement et simplement par voie de révulsion psychique, tout comme l'inoffensive pilule de *mica panis* à laquelle on doit des succès tout aussi remarquables et beaucoup moins dangereux. La castration ne serait légitimée que s'il y avait des altérations profondes des ovaires ou des annexes de l'utérus exigeant par elles-mêmes une intervention chirurgicale.

Le médecin est souvent consulté au sujet du mariage des hystériques. On considérait autrefois qu'un mari jeune et vigoureux était un remède quasi-infaillible contre l'hystérie des jeunes filles. Hippocrate avait dit : « *Ego impero virgines his morbis affectas quam citissime cum viro jungi.* » Cet aphorisme dirigea pendant des siècles la conduite des praticiens.

Digitized by Google

Briquet a protesté le premier, en s'appuyant sur l'observation clinique, contre le précepte hippocratique. Il a montré que les satisfactions données à l'instinct sexuel n'avaient par elles-mêmes aucune action sur la marche des accidents hystériques. D'après lui le mariage est avantageux ou désavantageux, selon que la jeune femme trouve, dans sa nouvelle famille, plus ou moins de tranquillité morale que dans l'ancienne.

Tous les neurologistes modernes partagent, sur ce point de pratique, les idées de Briquet. Mais les gens du monde sont encore convaincus de l'efficacité du mariage. Vous serez donc consultés sur l'opportunité de l'application de ce moyen et sur sa valeur curative. Les parents des jeunes filles hystériques vous diront : « Docteur, nous voudrions marier notre fille. Pensez-vous que le mariage lui fasse du bien ? » Et les parents des jeunes hommes dont on sollicite l'assentiment vous diront de leur côté : « Docteur, nous songeons à marier notre fils avec une jeune personne sujette à des accidents hystériques. Pensez-vous que cette union ne présente pas, pour l'avenir, de sérieux inconvénients ? »

Le mieux serait assurément de répondre aux uns et aux autres que, les questions de mariage, échappant à votre compétence, vous n'avez aucun avis à émettre. Mais si les intéressés insistent, il est difficile de ne pas leur fournir quelques explications. Vous serez alors absolument sincères. Aux parents de la jeune fille vous direz : « Le mariage n'est pas, comme vous semblez le croire, un remède contre l'hystérie. Si votre fille est plus heureuse avec son mari qu'elle ne l'est chez vous, il y a des chances pour que sa maladie s'atténue et guérisse ; si elle est malheureuse, il est fort à craindre qu'elle ne devienne plus malade. » — Aux parents du fiancé vous direz : « L'hystérie est une maladie dont le pronostic éloigné est très difficile à établir. Son évolution dépend de circonstances extérieures qu'on ne peut prévoir. Il y a, de par le monde, beaucoup de personnes qui, après avoir eu dans leur jeunesse des accidents hystériques violents, sont devenues des personnes modèles et des mères de famille excellentes. Mais il y a aussi des hystériques dont l'état s'est aggravé après le mariage. En ce qui concerne l'hérédité, il n'y a rien de fatal ; cependant, l'hystérie des ascendants est une des conditions qui prédisposent les descendants aux affections nerveuses. »

Quand vous aurez tenu ce langage, les intéressés prendront la détermination qu'ils voudront ; votre responsabilité ne sera pas engagée, et, quoi qu'il arrive dans l'avenir, on ne pourra vous adresser aucun reproche légitime.

CLINIQUE MÉDICALE

Les maladies de l'hypertension artérielle (1).

II. — Causes pathologiques — *Hypertension artérielle. 1er stade causal de l'artério-sclérose. Hypertension due à l'altération sanguine (hypothèses de Bright, Traube, Gull et Sutton, Johnson George, Mohamed). — Signes de l'hypertension artérielle. — Causes diathésiques : goutte, arthritis, rhumatisme chronique, etc. Causes infectieuses : pyrexies, variole, fièvre typhoïde, etc. Causes toxiques : tabac, plomb, alcool, surmenage, syphilis, alimentation carnée et toxines alimentaires aortisme héréditaire. — Filiation des accidents aboutissant au développement de l'artério-sclérose : adultération sanguine, hypertension artérielle par vaso-constriction ou vaso-dilatation, lésions vasculaires. Expériences confirmatives de Roy et Adami.*

III. — Maladies de l'hypertension artérielle. — *Hypertension artérielle passagère et permanente. — Palpitations des hystériques et des chloro-anémiques ; syncopes locales des extrémités : tachycardies ; tension artérielle chez les épileptiques ; migraine et hypertension artérielle avec développement consécutif de l'artério-sclérose ; névroses vaso-motrices ; angine de poitrine et angineux ; hémoptysies arthritiques, épistaxis des adolescents, métrorrhagies de la ménopause ; bruit de galop chlorotique.*

II. Causes pathologiques. — J'ai dit et prouvé que le grand processus de l'artério-sclérose, avant d'être une affection organique, est une maladie fonctionnelle dont le premier stade est caractérisé par un état d'hypertension artérielle provoquée le plus souvent par le spasme artério-capillaire, c'est-à-dire par une excitation des nerfs vaso-constricteurs. J'ai démontré que cette contracture vasculaire pouvait, dans certains cas, être remplacée par la dilatation active des vaisseaux périphériques, c'est-à-dire par une excitation des nerfs vaso-dilatateurs.

Mais, quelle est la cause intime de cette excitation des vaso constricteurs dans un cas, et des vaso-dilatateurs dans l'autre ? Cette cause réside dans une adultération sanguine que les auteurs anciens avaient déjà, en partie, soupçonnée. En 1827, Bright avait attribué l'hypertrophie cardiaque des néphrites à l'insuffisance de la dépuration urinaire, c'est-à-dite à l'élimination incomplète des produits excrémentitiels que les reins sont chargés d'éliminer à l'état normal. Traube pensait que l'hypertrophie du ventricule gauche est consécutive à l'exagération de la tension artérielle, conséquence du rétrécissement des artérioles et des capillaires dans le rein atrophié. Gull et Sutton, admettant la transformation fibreuse artério-capillaire (*arterio-capillary fibrosis*), émirent l'opinion que cette lésion agissait en constituant à la périphérie circulatoire un obstacle qui contribuait puissamment à l'augmentation de la pression vasculaire. En 1867, Johnson George admet l'existence, dans le rein contracté, de l'hypertrophie de la couche musculaire des artérioles, et trois ans plus tard, il cherche à démontrer que le sang chargé avec excès de matériaux d'excrétion, excite la contractilité des artérioles et des capillaires, d'où excès de tension et hypertrophie du cœur et des artères. Enfin, en 1874, Mohammed décrivit dans la néphrite interstitielle, une période « préalbuminurique » pendant laquelle l'élévation de la tension artérielle joue un rôle important.

Tous ces auteurs n'ont vu qu'un côté de la question ; ils n'ont considéré que la néphrite interstitielle et sa lésion consécutive, l'hypertrophie du cœur ; ils n'ont pas vu ce grand processus de l'artério-sclérose produisant, ici des néphrites interstitielles si bien désignées sous le nom de « néphrites artérielles » par Lancereaux ;

(1) Suite. Voir le n° 36.

Digitized by Google

là des cardiopathies artérielles, plus loin encore des encéphalopathies artérielles. Ils n'avaient pas attibué à ce stade si important de l'hypertension, le rôle pathogénique et thérapeutique qu'il convient de lui faire jouer ; ils avaient mentionné cette hypertension à titre d'hypothèse, et seulement pour la néphrite interstitielle, mais ils n'en avaient déduit aucune conséquence pratique et n'avaient pas donné les moyens de la reconnaître.

Les recherches persévérantes de ces dernières années ont comblé toutes ces lacunes. Sans parler de sa constatation par les divers appareils sphygmométriques plus ou moins défectueux, j'ai démontré que la surtension artérielle, due le plus souvent au spasme artério-capillaire, se reconnaît cliniquement aux signes suivants :

Existence du retentissement diastolique du second bruit aortique, à droite du sternum, et souvent accentuation du premier bruit, ce qui est un signe de force systolique du cœur; parfois, bruit de galop cardiaque dû au défaut de synchronisme entre le claquement des valvules sigmoïdes de l'aorte et de l'artère pulmonaire, par suite des différences énormes de tension dans les systèmes aortique et pulmonaire; caractères du pouls qui est fort, résistant sous le doigt, serré, concentré et *cordé* (comme disaient les anciens), caractère qu'il ne faut pas confondre avec certaine amplitude du pouls qu'on observe à la suite de grandes hémorrhagies et qui, avec sa dépressibilité, est un signe d'hypotension artérielle); aspect des tracés sphygmographiques caractérisés par l'absence de dicrotisme et la lenteur de la ligne de descente; dyspnée d'effort; palpitations à caractère pénible, angoissant et douloureux ; algidités localisées (refroidissement des extrémités, phénomène du doigt mort, accès de pâleur de la face et des téguments) ; en dernier lieu, crises de cardiectasie aiguë, dilatation aiguë fonctionnelle de l'aorte reconnaissable par la percussion de ce vaisseau et l'élévation des artères sous-clavières.

La clinique m'a démontré que cet état d'hypertension artérielle, au lieu d'être l'effet du processus artério-sclérreux en est la cause; c'est elle que la clinique doit savoir reconnaître de bonne heure et que la thérapeutique préventive doit chercher à combattre. Ses causes *physiologiques* que nous avons d'abord étudiées ont démontré sa pathogénie; ses causes *pathologiques* que nous allons passer en revue, nous permettront d'aborder sa thérapeutique.

Les causes de l'artério-sclérose sont : les unes *diathésiques* (goutte, rhumatisme chronique, etc.); les autres, *infectieuses* (pyrexies, variole, fièvre typhoïde, etc.), les autres, plus nombreuses, sont d'origine *toxique* (intoxications chroniques par le tabac, le plomb, l'alcool et le surmenage), intoxications auxquelles il faut ajouter la syphilis. Mais, toutes ces causes agissent sur les vaisseaux artériels par une influence préalable sur leur contenu, et soit qu'elles produisent la vaso-contriction comme dans le saturnisme, ou la vaso-dilatation active comme dans l'alcoolisme, elles aboutissent toutes à l'hypertension artérielle.

L'adultération sanguine doit encore exister comme phénomène primordial dans les cas suivants :

On rencontre parfois des individus qui, sans l'intervention d'aucune des causes que je viens de mentionner, présentent à l'état normal et peut-être d'une façon congénitale une hypertension vasculaire plus ou moins accusée. Puis, plus tard, vous apprenez qu'ils ont succombé à une maladie artérielle : artério-sclérose généralisée, anévrysme de l'aorte, albuminurie par néphrite interstitielle, hémiplégie par thrombose cérébrale ou hémorragie encéphalique. Si vous poussez plus loin vos investigations dans le passé, vous apprendrez que vos malades sont issus de parents goutteux chez lesquels, du reste, l'hypertension artérielle est la règle ; vous apprendrez encore que leurs parents ont succombé, pour la plupart, à l'une des affections artérielles que je viens d'énumérer. Ce fait important constitue l'*aortisme héréditaire*, ce qui veut dire que les affections siégeant sur tout le système aortique — et elles sont nombreuses, presque autant que les divers organes — peuvent se transmettre par hérédité. C'est ainsi que certaines cardiopathies — les cardiopathies artérielles — sont *directement* héréditaires, bien différentes en cela des cardiopathies valvulaires qui sont *indirectement* héréditaires et qui ne le deviennent accidentellement qu'à la faveur d'une maladie intermédiaire, le rhumatisme.

D'un autre côté, qui, de nous n'a pas remarqué la fréquence chaque jour plus grande des affections artérielles ? On pourrait croire qu'elles paraissent plus fréquentes parce qu'on sait mieux les reconnaître ; mais, il me paraît certain qu'elles sont réellement plus communes qu'autrefois. La raison doit en être cherchée dans le mode d'alimentation en usage depuis longtemps déjà. Contrairement à l'opinion de Gubler qui attribuait l'athérome artériel à l'abus de l'alimentation végétarienne, je crois que celle-ci est seule capable d'en retarder le développement, et je puis rappeler à ce sujet ce que j'écrivais en 1889 dans mon livre récent sur « les maladies du cœur et des vaisseaux » :

« Je suis convaincu, pour ma part, que les excès et surtout les erreurs d'alimentation, en jetant dans l'organisme un grand nombre de substances toxiques, telles que les ptomaïnes non éliminées par le filtre rénal devenu de bonne heure insuffisant ou imperméable, sont une cause fréquente d'artério-sclérose ; en un mot, certaines toxines alimentaires possèdent des propriétés convulsivantes agissant, les unes sur les muscles des membres comme dans le cas de contracture des extrémités d'origine gastrique, les autres sur la musculature vasculaire. Il en résulte, dans tout le système artériel, un état de spasme plus ou moins permanent, lequel produit rapidement de l'hypertension et consécutivement l'artério-sclérose. La conclusion thérapeutique est celle-ci : il faut prescrire un régime d'où sont exclus les aliments plus ou moins riches en ptomaïnes ou en matières extractives (1). Ceux qui viendront après moi confirmeront ces idées et auront ainsi, avec les déductions thérapeutiques que soulève cette importante question, l'explication de la grande fréquence des affections cardio-artérielles. »

(1) Voir : *Société de thérapeutique*, 12 juin 1889 : La dyspnée toxique dans les cardiopathies artérielles, et son traitement.

Digitized by Google

Depuis que ces lignes ont été écrites, j'ai vérifié et reconnu l'*origine alimentaire* de l'artério-sclérose chez un grand nombre de malades.

Ainsi donc, la filiation des accidents aboutissant au développement de l'artério-sclérose, peut être ainsi résumée : Le premier anneau de la chaîne pathologique commence à l'adultération sanguine, et celle-ci est d'origine diathésique, infectieuse, toxique ou alimentaire ; puis, survient le second stade, d'une importance prépondérante, l'hypertension artérielle provoquée le plus souvent par un état de vaso-constriction, et parfois de vaso-dilatation active ; enfin, dans le troisième et dernier stade, à la faveur de l'irritation vasculaire provoquée par cette hypertension artérielle, se développent les lésions scléreuses des vaisseaux.

On pourrait croire que ce sont là de simples vues théoriques non confirmées par la clinique ou par l'expérimentation. Or, sans parler des faits nombreux où j'ai constaté depuis huit ans l'existence de l'hypertension artérielle simple chez des individus qui ont présenté ensuite les lésions et les accidents les plus manifestes de l'artério-sclérose, je puis rappeler les travaux récents de Roy et Adami (de Cambridge) qui, s'inspirant de mes recherches cliniques, les ont confirmées expérimentalement de la façon la plus formelle. Ils ont pu, en effet, déterminer des lésions scléreuses des vaisseaux sur des animaux chez lesquels ils avaient progressivement augmenté la tension vasculaire.

III. MALADIES DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE. — L'hypertension artérielle n'arrive à produire ces lésions que lorsqu'elle dure depuis longtemps, ou lorsqu'elle est *permanente*. Quand elle est *passagère*, elle donne lieu à des accidents nombreux. Citons parmi eux : les *palpitations* ou les *accidents cardiaques de la puberté* dont je parlerai plus loin ; *certaines palpitations des anémiques ou des hystériques*, lorsqu'elles sont dues parfois à de véritables accès de spasme vasculaire ; la *syncope locale* des extrémités et le phénomène du doigt mort, accidents que j'ai souvent vu survenir dans quelques intoxications alimentaires provoquées par l'ectasie gastrique ; certaines *tachycardies* qu'au point de vue thérapeutique il faut savoir distinguer des tachycardies symptomatiques de l'hypotension artérielle. Chez les *épileptiqaes*, au moment et pendant toute la durée de l'attaque, il existe un état d'hypertension artérielle bientôt suivie du phénomène contraire (Féré). Dans la *migraine* simple, angio-tonique, j'ai toujours constaté l'existence d'un état d'hypertension, et celui-ci, surtout dans la migraine ophtalmique, peut persister pendant un temps plus ou moins long et devenir l'origine de lésions graves et permanentes des vaisseaux, lésions capables d'aboutir au développement de la périencéphalite diffuse, comme on en a cité des exemples, ou encore d'une artério-sclérose généralisée, comme j'en ai observé deux cas indéniables. L'artério sclérose *peut donc avoir un début migraineux*.

Ce n'est certes pas la migraine qui a été cause du développement de la périencéphalite diffuse ou de l'artério-sclérose généralisée. Mais, il ne faut pas oublier que la migraine, et surtout la variété ophtalmique, est une névrose vaso-motrice, et que l'excitation répétée des vaso-constricteurs ou des vaso-dilatateurs par le fait de l'hémicrânie, est capable de provoquer, à la longue, des altérations vasculaires. Les auteurs commettent un abus de langage et une erreur de diagnostic en parlant d'aphasies, de paralysies partielles, et d'hémiplégies transitoires « d'origine migraineuse. » Lorsque ces accidents surviennent dans le cours des accès de migraine, vous auriez tort d'établir toujours un pronostic bénin ; car, le trouble vaso-moteur qui leur donne naissance a déjà commencé à produire quelques lésions vasculaires, et si vous n'y prenez garde, si vous ne cherchez pas alors à modérer la vaso-constriction et l'hypertension artérielle, l'artério-sclérose, cérébrale ou généralisée, commencera son œuvre.

Il y a deux ans, je voyais un homme de 58 ans atteint de *migraine* ophtalmique ; son médecin, très au courant des recherches modernes, avait constaté chez lui depuis longtemps tous les signes de l'hypertension artérielle. Le malade eut, à plusieurs reprises, trois ou quatre fois, des attaques d'*aphasie* transitoire et d'*hémiplégie* gauche sans ictus ; leur durée était de quelques heures à quelques jours. S'appuyant sur le caractère éphémère de ces accidents, son médecin insistait beaucoup sur la bénignité du pronostic. Instruit par l'expérience, je ne partageai pas son avis ; je pensai que ces accidents pouvaient être déjà les indices révélateurs d'une artério-sclérose commençante, et j'instituai, dans le but de modérer la tension artérielle, un traitement assez sévère qui, du reste, ne fut pas suivi. Un an après, ce malade venait me consulter pour des troubles cardiaques que l'on regardait comme fonctionnels et que l'on rattachait à l'existence d'une dilatation de l'estomac ; (or, dès cette époque, je formulai le diagnostic de *cardiopathie artérielle*). Cette année, je revis encore le même malade, en proie à une dyspnée d'effort très accusée, avec un bruit de galop cardiaque des plus nets, un peu d'œdème des membres inférieurs et un léger nuage albumineux dans les urines. Mon confrère commença dès lors à ne plus croire à l'existence de troubles fonctionnels, et il m'adressa de nouveau son malade en formulant le diagnostic exact de *néphrite interstitielle*. Or, ce migraineux a-t-il eu plusieurs maladies qui sont venues l'atteindre comme par hasard : il y a deux ans, des accès de migraine, puis des attaques d'aphasie et d'hémiplégie transitoire ; il y a un an, une affection cardiaque, et aujourd'hui une affection rénale ? Toutes ces affections ont été des manifestations *locales* d'une maladie *générale*, l'artério-sclérose, et celle-ci a été constamment sous la dépendance d'un état d'hypertension artérielle et de vaso-constriction ou de vaso-dilatation dont la migraine ophtalmique a été l'une des principales causes. Défiez-vous donc des *névroses vaso-motrices* qui peuvent, après un temps plus ou moins long, franchir la période des troubles fonctionnels et entrer dans celle des lésions organiques. Défiez-vous en, et combattez de bonne heure l'hypertension artérielle avec ses conséquences.

Pendant l'*attaque angineuse*, le plus souvent la ten-

Digitized by Google

sion artérielle est surélevée ; c'est ce qui explique les remarquables effets du nitrite d'amyle, des nitrites et aussi de la trinitrine qui sont des agents vaso-dilatateurs. Bien plus encore ; les angineux sont presque toujours des artério-scléreux, et par conséquent des malades à hypertension artérielle ; c'est ce qui explique encore l'influence curative des iodures dont les premiers en France, M. Eloy et moi, nous avons démontré, par la clinique et par l'expérimentation, l'action dépressive sur la pression vasculaire.

Il y a des *hémoptysies* et des *épistaxis* qui n'ont pas d'autre cause que l'hypertension artérielle ; je l'ai établi il y a huit ans au *Congrès de Rouen* pour les « hémoptysies arthritiques », et M. Duclos (de Tours) vient de le démontrer à son tour pour certaines hémoptysies qui peuvent précéder pendant de longues années le développement de l'artério-sclérose du rein.

Dans la même catégorie doivent se ranger les *épistaxis* des adolescents, et les *métrorrhagies* dites essentielles, des femmes arrivées à la période de la ménopause.

J'ai dit plus haut que les palpitations de certains hystériques et chloro-anémiques étaient provoquées, non pas seulement par un état spasmodique du cœur central comme on le croit généralement, mais aussi par état spasmodique du cœur périphérique, c'est-à-dire du système artériel. Dans ces conditions, et surtout lorsque certaines chloroses rebelles sont dues à l'étroitesse congénitale de tout l'arbre aortique, on ne doit pas s'étonner de l'existence de certains dédoublements des bruits du cœur, sorte de *bruit de galop chlorotique* qui a une signification importante au point de vue pratique : dans ces cas, chez les chlorotiques, les *palpitations* sont d'origine artérielle, elles sont provoquées par un état, le plus souvent transitoire, de spasme artério-capillaire, elles coïncident alors avec l'hypertension artérielle. On avait remarqué que certaines palpitations des anémiques étaient aggravées par l'emploi de la digitale, de la belladone, etc., mais on n'avait pas compris la cause de ces fréquents insuccès. Cette cause, je viens de la dévoiler, et lorsque ces palpitations s'accompagnent d'hypertension artérielle, révélée par le retentissement diastolique de l'aorte, par le bruit de galop chlorotique, enfin par des phénomènes de vaso-constriction périphérique, l'indication thérapeutique consiste dans l'abaissement de la tension artérielle. Il me suffira de dire que les meilleurs agents du succès sont la trinitrine par la voie gastrique, et le nitrite d'amyle en inhalations. — Mais, dans la chlorose, il y a des palpitations dont l'origine est cardiaque, et non artérielle comme dans les cas précités ; elles s'accompagnent d'un certain état de dilatation du cœur, elles coïncident avec l'hypotension artérielle. C'est alors que la digitale et tous les médicaments vaso-constricteurs peuvent produire d'excellents effets.

A l'époque de la puberté, comme à celle de la ménopause, la tension artérielle subit des modifications importantes, et nous allons voir encore l'hypertension créer de toutes pièces, à ces deux termes extrêmes de la vie sexuelle, des affections cardiaques fonctionnelles ou organiques.

HENRI HUCHARD.

(*A suivre.*)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

GYNÉCOLOGIE

Du diagnostic des chancres utérins, par M. VASILY RAZUMOFF. — Ces recherches ont été faites à l'hôpital des syphilitiques de Moscou et ont porté sur 171 cas de chancre du col de l'utérus. (*Vratch* : 1890, n° 16).

Parmi les prostituées le chancre mou a été noté dans 7,44 pour cent des cas, le chancre induré dans un pour cent. Parmi les ouvrières, ce rapport a été de 2,32 pour cent pour le premier, et de 1 pour cent pour le second.

Enfin, conclusions pratiques, M. Razumoff a constaté que le chancre mou du col utérin est rarement accompagné de bubons inguinaux; que le chancre induré est accompagné de polyarthrite inguinale dès le début, et que l'observation clinique ne justifie point l'assertion de Martineau, d'après lequel la lymphangite, la lymphadenite et la péritonite pelvienne seraient fréquentes dans ces cas. S. R.

MALADIES DES ENFANTS

Traitement de l'incontinence d'urine chez les enfants, par M. SWANEY. — Il varie suivant les causes de la maladie :

Y a-t-il hypéracidité de l'urine ? Administrer les alcalins et surtout l'acétate de potasse (*N. Y. Médical Record*, 3 mars 1890).

S'il existe une excitabilité vésicale excessive : ordonner la belladone à la dose de cinq gouttes de teinture, trois fois par jour et en augmentant d'une goutte, jusqu'à production de sécheresse buccale.

Quand la faiblesse du sphincter est excessive : on doit prescrire l'ergot de seigle. L'auteur emploie son extrait fluide à la dose de cinq à six gouttes en injections sous-cutanées. En même temps, il est utile d'administrer les toniques, l'iodure de fer et la strychnine. Enfin, il faut rationner les boissons, car leur usage abusif peut provoquer l'incontinence d'urine.

S. R.

PHARMACOLOGIE

Un procédé de préparation de l'aristol, par M. L. BOULÉ. — Ce produit est d'un prix élevé ; l'auteur propose de le préparer plus économiquement par le procédé suivant. (*Répertoire de pharmacie*, 10 août 1890).

A)	Thymol cristallisé.....	5 grammes.
	Soude caustique.....	5 —
	Iodure de potassium....	5 gr. 80.
	Eau distillée q. s. pour faire	50 c. cubes.

Chauffer légèrement jusqu'à dissolution complète ; laisser refroidir.

B)	Solution concentrée d'hypochlorite de soude.....	250 c. cubes.

Verser la solution A dans la solution B et agiter fortement. L'aristol se précipite, en formant un magma qui se liquéfie un peu ensuite.

Il faut environ un quart d'heure pour la réaction.

Jeter le tout sur un filtre ou un linge serré, laver à l'eau distillée et sécher à l'abri de la lumière.

La solution B est de la liqueur de Labarraque, qui contient cinq fois plus de chlore, soit dix fois son volume de ce gaz.

Le chlorure de chaux sec employé à sa préparation doit avoir naturellement le titre indiqué par le Codex.

La quantité de liquide hypochloreux à employer est en raison

Digitized by Google

inverse de son titre. Cette solution est celle qui a procuré les meilleurs résultats. S. R.

Une potion à la digitaline, par M. Carles. — Après une série d'essais, notre confrère bordelais propose la formule suivante dans laquelle la digitaline est parfaitement dissoute :

Digitaline chloroformique du Codex...	0,20
Alcool.....	10,00
Eau chloroformée.....	90.00

M. Carles recommande de triturer la digitaline avec une petite quantité de sucre, d'ajouter l'alcool, puis l'eau chloroformée. (*Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 31 août 1890).

Chaque cuillerée à café de cette solution contient 0,001 milligramme de digitaline. Pour en diminuer l'amertume, on peut remplacer une partie de l'eau chloroformée par du sirop simple. S. R.

THÉRAPEUTIQUE

Du lysol, par MM. Gerlach et Schottelin. — Introduit dans le commerce comme antiseptique et désinfectant par Schülke et Mayr (de Hambourg), ce corps est obtenu en chauffant pendant plusieurs heures un mélange d'huiles lourdes du goudron, de graisse et de résine, avec une quantité suffisante de potasse. C'est un liquide d'un brun jaunâtre, à réaction alcaline, d'aspect huileux et rappelant l'odeur du goudron, formant avec l'eau des solutions claires, plus ou moins colorées en jaune, selon le degré de suturation. Il paraît résulter du mélange de phénols supérieurs combinés à la potasse, et de savons gras et résineux. Congénère du « désinfectol », il diffère en outre de ce dernier, par ses solutions aqueuses plus claires. (*Thérap. Mon.*, 1890, Heft 7).

D'après Gerlach et Schottelin, ses propriétés antimicrobiennes seraient supérieures à celles de l'acide phénique et de la creoline. Il a été employé avec succès en chirurgie et dans le traitement des affections de la peau. Une solution de 0,3 p. 0/0 détruit en quelques secondes tous les microorganismes des plaies. A 2 p. 0/0 elle donne lieu, appliquée sur les muqueuses, à une cuisson passagère, et à 3 p. 0/0 elle sert avec avantage à désinfecter les mains, grâce à sa propriété de mousser comme l'eau savonneuse. Sa toxicité paraît être nulle. W.

Le « desinfektol », par L. Mowenstein. — Ce nouvel antiseptique à dénomination suffisammeut caractéristique est un mélange de savons résineux, de combinaisons de la soude avec les phénols, et d'hydrogène carboné. (*Thérap. Monat.*, 1890, Heft 7).

Analogue à la créoline dont il rappelle l'odeur et les propriétés, il a été employé sans inconvénients et avec de bons résultats par quelques chirurgiens. Une solution de desinfektol à 5 p. 0/0 serait aussi efficace qu'une solution de créoline à 12,50 p. 0/0 ou qu'une solution d'acide phénique à 5 p. 0/0. W.

Influence du massage sur les qualités du suc gastrique dans les catarrhes de l'estomac, par M. le Dr Gopadze. — L'auteur a étudié l'influence du massage abdominal sur la quantité d'acide chlorhydrique contenu dans le suc gastrique de malades atteints de catarrhe chronique de l'estomac ; il a examiné le pouvoir digestif de leur suc gastrique.

Les observations ont porté sur quatre malades, chez lesquels on avait constaté une diminution de l'acide chlorhydrique du suc gastrique et un trouble notable des réactions chimiques de la digestion.

Deux des malades observés recevaient à jeun (9 heures du matin) un repas composé de deux verres de lait et d'une certaine quantité de pain blanc. Les deux autres malades, qui avaient encore une insuffisance mécanique de l'estomac, prenaient à midi un repas de 500—600 gr. de soupe, 60 gr. de bœuf et 80—85 gr. de pain blanc ; ces derniers malades prenaient le matin deux verres de thé sans pain ; ils ne devaient pas dormir après ce repas.

Pour se rendre compte du moment où la digestion était en son plein, c'est-à-dire lorsque le suc gastrique contenait le maximum de l'acide chlorhydrique, on pratiquait de temps en temps l'extraction du contenu stomacal une heure après le repas puis tous les quarts d'heure; les observations étaient répétées durant deux jours pour obtenir une moyenne.

Connaissant le moment où la digestion était dans son plein, l'auteur pratiquait alors la même extraction pendant trois jours de suite, faisait le dosage de l'acide et appliquait la réaction Uffelmann à l'acide lactique. Toutes ces données étaient nécessaires pour rendre comparables les résultats du massage.

Il massait lui même ses malades : une fois par jour environ pendant dix minutes ; avec cette différence, que les deux malades, souffrant d'insuffisance mécanique de l'estomac, étaient massés deux heures après leur repas, tandis que les deux autres l'étaient environ une heure après (*Wratch*, 11 janvier 1890).

M. Gopadze arrive aux conclusions suivantes :

1° Chez les quatre malades, atteints d'un catarrhe chronique de l'estomac avec diminution de l'acide chlorhydrique et notables modifications des réactions chimiques, on constatait une augmentation de l'acide chlorhydrique sous l'influence du massage de l'abdomen. Cette augmentation se manifestait après sept, huit ou dix séances ; de plus on constatait une diminution des phénomènes dyspeptiques avant l'accroissement de l'acide chlorhydrique.

Quelques jours après la suspension du traitement la quantité d'acide diminuait ainsi que la puissance digestive du suc gastrique.

2° La quantité totale des acides du suc gastrique avait diminué chez les quatre malades malgré l'augmentation de l'acide chlorhydrique ; ce changement coïncidait avec la diminution des acides gras et de l'acide lactique dans le suc gastrique.

3° Le mucus dans le contenu stomacal avait diminué.

4° Le séjour des aliments dans l'estomac dans le cas de dilatation de l'estomac était moindre et cet organe était moins dilaté, après un traitement de trois semaines.

5° Diminution de la constipation et du gonflement du foie et de la rate. L.

TRAVAUX ORIGINAUX

Rupture sous-cutanée d'une tumeur anévrysmale développée aux dépens de l'aorte ascendante (1)

par le Dr G. Rauzier, *chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier*
et E. Houel, *externe des hôpitaux.*

Deux points surtout méritent d'être mis en relief dans cette observation : 1° Le mécanisme de la rupture sous-cutanée de l'anévrysme ; 2° La rareté d'un pareil mode de terminaison.

Quant au diagnostic de la lésion et à toute la partie clinique de cette histoire, ils n'offrent rien que de banal : une femme usée par la débauche et l'alcool présente à la partie latéro-supérieure droite du thorax une tumeur pulsatile à développement progressif, accompagnée des symptômes rationnels d'une affection cardiaque, le diagnostic d'anévrisme de l'aorte s'impose. Cet anévrysme a pour point de départ évident l'aorte antérieure (aorte

(1) Fin. Voir n° 37.

Digitized by Google

ascendante et crosse), puisque les origines des troncs vasculaires qui en partent sont également intéressés ; les pulsations sont, en effet, synchrômes et pareillement affaiblies dans les deux radiales. De plus, il n'existe aucun signe de compression des organes situés dans le médiastin postérieur.

Si le diagnostic n'offrait aucune difficulté, s'il était même facile de supposer l'existence d'une fracture costale (en raison de l'étendue de la tumeur, et d'autre part en raison de certains commémoratifs exposés dans l'histoire de la malade), l'évolution morbide et le mécanisme de la rupture anévrysmale, démontrée par l'autopsie, n'en présentent pas moins le plus haut intérêt.

L'histoire anatomique de la tumeur peut être résumée comme il suit : sous l'influence d'une vie agitée et d'excès alcoolique, l'aorte se dilate au voisinage de son embouchure, et la dilatation, régulièrement fusiforme, s'étend jusqu'à la partie postérieure de la crosse, englobant les origines des troncs vasculaires. Bientôt, le fuseau cède dans sa portion la moins résistante, la tunique interne se rompt, une première poche anévrysmale se développe, elle a pour parois les tuniques externes de l'artère, facilement extensibles. Mais cette extensibilité a des limites, un jour la poche primitive se rompt et le sang épanché dans le médiastin condense tout autour du foyer de rupture le tissu cellulaire de la région ; la poche secondaire s'est formée.

Celle-ci s'accroit peu à peu ; elle contracte des adhérences avec le poumon droit dont elle comprime et écrase le bord antérieur ; elle atteint la paroi thoracique, ronge lentement la troisième côte, en provoque la rupture et, tout à coup, s'épanouit librement à l'extérieur où elle continue à progresser sans cesse.

Une épaisse couche de caillots stratifiés et adhérents tapisse la grande poche anévrysmale, là serait peut-être le salut, si rien ne s'opposait à leur constante accumulation. Mais les deux fragments de la côte fracturée flottent librement dans la cavité de l'anévrysme ; l'un d'eux, le fragment externe, est taillé en biseau et irrégulièrement tranchant. Sous l'influence des efforts de toux, il dissocie les caillots et détruit le rempart fibrineux dans tout le domaine de son champ d'excursion ; du sang liquide et des caillots cruoriques emplissent le chenal ainsi constitué. Enfin, un effort plus violent que d'habitude, soit en augmentant la tension du contenu de la poche, soit en exagérant l'arc d'évolution du fragment costal, amène la perforation de la tumeur juste à l'extrémité du chenal.

La réalité de ce processus semble ressortir sans conteste de l'étude minutieuse de la pièce anatomique dont nous avons donné plus haut la description.

Indépendamment des particularités tenant au mécanisme évolutif, le seul fait de la *rupture sous-cutanée d'un anévrysme de l'aorte faisant saillie à l'extérieur*, suffit à donner quelque intérêt à cette observation.

Certes, il n'est point rare de voir un anévrysme parti de l'aorte ascendante proéminer à l'extérieur ; l'érosion et la fracture des côtes ne sont pas des faits exceptionnels. Mais la terminaison de l'évolution morbide par rupture sous-cutanée constitue une éventualité presque inédite dans l'histoire des ectasies aortiques.

On peut succomber de façons bien diverses à un anévrysme de l'aorte. Certains meurent asystoliques comme des cardiaques mitraux ; d'autres finissent brusquement, en vrais aortiques ; quelques-uns succombent à une crise d'angor ou à une poussée subite d'œdème pulmonaire.

Mais la rupture est, pour la plupart, l'issue terrifiante et attendue de l'horrible affection.

Le siège de la rupture est éminemment variable. Le plus souvent la tumeur contracte des adhérences avec l'un des organes creux contenus dans le médiastin et se rompt dans sa cavité. On peut se rendre compte, en compulsant les recueils d'observations (Bulletins de la Société anatomique, Revue des sciences médicales, Index divers) de la fréquence relative avec laquelle tel ou tel organe devient l'aboutissant du travail d'ulcération. Il est facile de constater de la sorte que le péricarde est le siège le plus fréquent de l'inondation terminale. (Castex, thèse de Paris, 1879) ; après lui, la trachée, les bronches, les plèvres, le conduit digestif servent assez souvent de réservoir au sang épanché.

Exceptionnellement l'anévrysme s'ouvre dans le poumon, le canal vertébral, une cavité cardiaque, la veine cave ou l'artère pulmonaire.

Il n'est pas rare que la perforation se produise dans le médiastin ; mais, habituellement en pareil cas, le sang épanché provoque le tassement du tissu cellulaire qui entoure le foyer d'hémorragie et se limite en une poche de petite dimension, qui constitue dès lors un anévrysme faux consécutif. La tumeur extérieure de notre malade s'était développée par ce mécanisme. Pareille rupture aboutit donc généralement à la production d'une tumeur secondaire et entraîne rarement la mort des malades.

Quant à la rupture de l'anévrysme en dehors de la cage thoracique, elle réalisa presque une curiosité anatomique. Ceci ressort nettement de toutes les statistiques.

MM. Charcot et Ball appréciant, à l'article *Aorte* du *Dictionnaire encyclopédique*, les divers modes de terminaison des anévrysmes de l'aorte, publient le tableau suivant :

Sur 118 cas comprenant tous les faits relatés dans les Bulletins de la Société anatomique de 1826 à 1864, ils ont vu la mort se produire :

1	fois par	rupture dans	l'oreille droite ;
8	—	—	le péricarde ;
2	—	—	l'artère pulmonaire ;
11	—	—	la plèvre gauche ;
8	—	—	la plèvre droite ;
1	—	—	le médiastin antérieur ;
6	—	—	le poumon gauche ;
3	—	—	la trachée ;
3	—	—	la bronche gauche ;
1	—	—	la bronche droite ;
3	—	—	les deux bronches ;
3	—	—	l'œsophage ;
1	—	—	le duodénum ;
2	—	—	le péritoine ;

Digitized by Google

5 — — le tissu cellulaire sous péritonéal ;
2 — — le tissu cellulaire de la paroi thoracique antérieure ;
4 — — à l'extérieur ;

54 fois la mort a eu lieu sans rupture.

Crisp, dans un travail publié en Angleterre et reproduit dans un article de M. Dreyfus-Brissac (Soc. Anat., 1879, p. 430), apporte une statistique, plus nombreuse encore, des divers modes de rupture :

	Ventricule gauche	Ventricule droit	Oreillette droite	Artère pulmonaire	Péricarde	Plèvre gauche	Plèvre droite	Médiastin postérieur	Poumon droit	Poumon gauche	Veine cave supérieure	Veine cave inférieure	Trachée	Bronches	Œsophage	Colonne vertébrale	Bassinet	Péritoine	Tissu sous-péritonéal	Extérieur
Aorte ascendante, 98 cas	1	2	2	3	30	4	1	»	3	»	3	»	1	»	2	»	»	»	»	6
Crosse aortique, 48 cas	»	»	»	1	2	2	2	2	»	»	1	»	4	2	2	»	»	»	»	1
Aorte descendante, 21 cas	»	»	»	»	4	4	4	»	»	1	»	»	»	2	5	»	»	»	»	»
Aorte abdominale, 59 cas	»	»	»	»	»	5	»	»	»	»	»	3	»	»	»	1	10	1	11	»

Ainsi, MM. Charcot et Ball, sur 118 cas d'anévyrsme de l'aorte suivis de mort, dont 64 terminés par rupture, signalent seulement quatre fois une rupture à l'extérieur et deux fois une rupture mortelle dans le tissu cellulaire sous-cutané; Crisp, sur un total de 167 anévrysmes développés aux dépens de l'aorte thoracique, dont 97 suivis de perforation, notre sept fois une rupture extérieure.

Depuis cette époque, nous n'avons pu retrouver dans la bibliographie que trois faits ayant rapport à notre sujet: l'un a été publié par M. Dubar en 1878 ((*Bull. de la Soc. Anat.*, 1879, p. 386); un autre est dû à MM. Spillmann et Hausalter, et se trouve dans la *Gazette hebdomadaire de Paris* (29 sept. 1889) ; le troisième, rapporté par Wickham, est détaillé dans le *Bulletin de la Soc. Anat.* (1889, p. 51).

Le processus ordinaire de la *rupture à l'extérieur* paraît être le suivant: La poche anévrysmale, après avoir perforé le sternum ou détruit quelques côtes, vient faire saillie en avant de la cage thoracique et contracte des adhérences avec la peau ; celle-ci, doublée de la paroi de l'anévrysme, s'amincit peu à peu, devient violacée et se perfore quand sa résistance est devenue inférieure à la pression exercée par le contenu de la tumeur.

Ce mécanisme ressort nettement d'une observation rapportée par Ball à la Société Anatomique en 1840. Un homme de 58 ans, atteint d'un anévrysme issu de la partie antérieure de la crosse, avec destruction de la partie moyenne du sternum, présente une tumeur pulsatile à la région présternale. Le 10 août, la peau devient violette et une petite eschare se forme ; elle tombe et une première hémorragie de cinq cents grammes se produit ; le 22, nouvelle hémorragie donnant trois ou quatre litres de sang: elle est arrêtée par une légère compression. Le 5 septembre, la chute d'une large eschare détermine une hémorragie mortelle.

Notta a communiqué, en 1850, à la Société Anatomique (p. 328), l'observation d'un homme atteint d'anévrisme aortique et qui, subitement, après avoir perçu un craquement dans sa paroi thoracique, vit la tumeur augmenter de volume. Il entra à l'Hôpital Saint-Eloi et mourut, huit jours après, d'une hémorragie provenant de la chute d'une eschare située au sommet de la tumeur.

Voici encore un extrait d'une observation do Prost, présentée en 1839 à la Société Anatomique : « La tumeur est moins volumineuse que pendant la vie, les téguments qui le recouvrent ont une teinte jaunâtre ecchymotique ; *la peau est fortement adhérente*, surtout au centre de la tumeur et au niveau de la tache violette que l'on a constatée, deux jours avant la mort, au niveau de la partie saillante de la tumeur. Les couches profondes du derme semblent animées et sont infiltrées de sang vermeil. Le tissu cellulaire est infiltré de sang au pourtour de la tumeur; il est devenu serré, adhérent. Les muscles grands pectoraux sont imbibés d'une sérosité noirâtre sanguinolente ». Les trois premières côtes étaient, dans le cas en question, détruites sur une étendue de un à deux pouces.

Voici enfin une citation tirée du travail lu en 1879, par Castex, à la Société Anatomique : « L'anévrysme occupe toute la paroi thoracique antérieure s'étendant d'une aisselle à l'autre et de la fourchette sternale à l'appendice xiphoïde... La poche s'amincit au sommet, et sans abcès préalable, s'ouvre et donne naissance à une quantité considérable de sang. »

Il nous serait facile de fournir encore quelques exemples justifiant l'interprétation que nous avons donnée plus haut du mécanisme qui préside à la rupture extérieure des anévrysmes de l'aorte. Le processus s'en peut résumer en trois mots : adhérence de la tumeur à la peau, amincissement de la paroi, ulcération.

La *rupture sous-cutanée* de l'anévrysme, plus rare encore que la rupture extérieure, peut amener la mort de deux manières.

Tantôt, le sang épanché en petite quantité dans le tissu cellulaire, mais doué d'une tension considérable, détermine, par la compression des tissus ambiants, une nécrose de la peau, et une hémorragie mortelle succède

Digitized by Google

à la chute de l'eschare. Dans ce cas, ce n'est pas l'abondance de sang déversé sous la peau qui tue le malade, mais bien l'hémorragie extérieure secondaire. Un exemple bien net de ce mécanisme est fourni par l'observation de Wickham : un anévrysme de l'angle supéro-antérieur de la crosse aortique, ayant déterminé par érosion une vaste perte de substance du sternum, s'ouvre dans le tissu cellulaire sous-cutané ; l'hémorragie se limite en un foyer secondaire circonscrit ; mais bientôt la peau s'amincit, elle se perfore et la malade succombe en quelques minutes.

D'autres fois, l'abondance même de l'hémorragie sous-cutanée détermine la mort avant que les tissus superficiels aient eu le temps de se nécroser : c'est de cette façon qu'a succombé la malade dont nous venons de rapporter l'histoire ; elle a mis trois jours à mourir d'une hémorragie très abondante, dont le foyer occupait toute la paroi latérale du thorax.

Ce dernier mécanisme est tout à fait exceptionnel : MM. Charcot et Ball, dans leurs articles, en signalent deux cas seulement. D'où la justification des quelques développements dans lesquels nous sommes entrés.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

OPHTALMOLOGIE.

I **De l'emploi de l'aristol contre les blépharites et les kératites.** — Antiseptique peu irritant et dépourvu d'odeur, le biiodure de dithymol est tout indiqué dans la thérapeutique des maladies des yeux pour remplacer l'idioforme. M. Meurer (de Lyon) l'a donc prescrit contre les conjonctivites, les kératites papuleuses et ulcéreuses, enfin, contre les blépharites ulcéreuses, en pommade ainsi formulée :

Aristol.....	1 gramme.
Vaseline.....	} àà 5 grammes.
Lanoline.....	

Application quotidienne de cette pommade sur le rebord ulcéré, s'il s'agit d'une blépharite ; contre les paupières, s'il s'agit d'une kérato-conjonctivite.

Ce pansement ne dispense pas des solutions boriquées et a pour but seulement de remplacer les pommades ou précipité jaune.

DERMATOLOGIE

II. **Traitement de l'urticaire chronique.**—TRAITEMENT GÉNÉRAL. — Prescrire les alcalins, l'arsenic et le naphtol.

TRAITEMENT LOCAL. — Défendre les bains, les lotions froides et l'hydrothérapie (Quinquaud).

Contre le prurit :

1. Enveloppement dans une couche d'ouate (Jacquet);

2° Lotionner avec l'alcool camphré au dixième, l'eau chloroformée au millième, l'eau sédative coupée d'eau tiède, la solution phéniquée au centième ou plutôt l'une des solutions suivantes formulées par M. Quinquaud :

Eau de laurier cerise.....	75	grammes.
Chloral.....	7	—
Eau.....	300	—

Ou bien :

Ether.....	40	grammes.
Eau tiède.....	100	—

On peut encore saupoudrer avec le mélange suivant :

Amidon pulvérisé.....	50	grammes.
Acide salicylique finement pulvérisé	5	—

S. R.

LA RÉFORME DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

J'ai reçu la lettre suivante de M. le docteur Folet, doyen de la Faculté de Lille :

Très honoré Confrère et cher Collaborateur,

J'ai lu avec beaucoup de plaisir dans le dernier numéro de la *Revue de clinique et de thérapeutique* l'article où vous établissez avec une remarquable netteté la physiologie comparée du travailleur médical français et de son congénère allemand :

D'un côté, le jeune interne, mal rémunéré, changeant tous les ans, accaparé pour quinze ans au moins par des préoccupations de concours : adjuvat, prosectorat, agrégation, hôpitaux (sans compter le temps pris par les leçons à donner, par la clientèle à laquelle il faut bien se livrer un peu pour vivre, quand on est pauvre) ; ne faisant guère de recherches personnelles, puisque c'est inutile pour le concours, parfois nuisible.

D'autre part, le jeune docteur allemand, entrant sans concours chez un maître qui l'a remarqué, en qualité d'assistant, largement rétribué, logé, nourri, assuré de sa situation pour plusieurs années, entreprenant des travaux originaux parce qu'un travail remarqué le fera nommer sans concours privat-docent ; puis arrivant, toujours, grâce à des recherches personnelles et non par la préparation mécanique à des épreuves de vingt minutes, au professorat d'abord dans une petite Université, puis dans des Facultés de plus en plus importantes.

Impossible de tracer un tableau plus saisissant et plus vrai d'une situation plus fâcheuse pour nous autres Français. Nous différons seulement d'avis sur un point, essentiel à la vérité.

Pour vous, le tempérament national, ou, si vous le voulez, le fonds d'opinions, de tendances, de traditions qui constituent le bagage intellectuel commun de tous les hommes cultivés de notre nation n'est en rien la cause de cette situation. Moi, je crois au contraire qu'elle a pour facteurs principaux deux idées indéracinablement ancrées dans la cervelle des Français.

La première consiste en un culte aveugle de l'égalité à outrance ; ce qui nous pousse à introduire partout et à tous les degrés le système des concours. Ce système, contenu dans des limites raisonnables, est certainement légitime et utile ; mais, poussé à l'excès, il devient nuisible et stérilisant, malgré l'émulation apparente qu'il provoque. Bien des gens qui sont convaincus de cette vérité n'oseraient la proclamer tout haut et braver de front le préjugé égalitaire. Proposez donc de décerner sans concours, comme en Allemagne, des places de prosecteur et des situations d'agrégés ; vous ouirez de beaux cris. Et bien, cette passion jalouse de l'égalité qui nous fait faire, en tous ordres de questions, une foule de sottises, — exemple : la récente loi militaire, — connaissez vous un moyen d'en corriger notre nation ?

Le second facteur c'est cette prépondérance exclusive de Paris qui n'a, je crois, d'analogie dans aucun autre pays. En Allemagne existe bien une hiérarchie d'Universités ; mais on passe normalement de l'une à l'autre et chacun peut travailler partout avec l'ambition d'arriver quelque jour au sommet. En France, pour les quatre-vingt-dix-neuf centièmes des gens, il n'y a que Paris, « Paris, l'attrait et le gouffre, » comme a dit M. Liard ; et puis rien après. Vous même, mon cher collaborateur, quand vous décrivez la misère du jeune travailleur *en France*, c'est à *Paris* seul que vous songez.

A cela l'on entrevoit un remède, au moins sur le papier ; c'est le roulement des agrégés et professeurs entre les diverses facultés, (on dira peut-être bientôt : entre les diverses Universités), *Paris y compris*. Notez que cela existe pour le droit,

Digitized by Google

pour les sciences, pour les lettres, pour l'enseignement secondaire, pour tout, sauf pour la médecine. Beaucoup de professeurs de la Sorbonne, du Muséum, du collège de France ont commencé leur carrière professorale en province. J'ai eu, moi qui vous parle, alors que je préparais mon baccalauréat ès-sciences, l'honneur de suivre les cours de chimie de M. Pasteur, en ce temps-là, professeur peu connu à la Faculté des sciences de Lille où il commençait ses travaux sur la fermentation.

Mais, voyez vous, à vous parler très franc, je crois que la modification des règlements sur ce point ne changerait pas grand'chose. Ce sont les mœurs qu'il faudrait réformer et cette réforme-là ne s'opère pas à coups de décrets et de circulaires.

Peut-être suis-je sur tout cela moins optimiste que vous; c'est que j'ai le regret d'être moins jeune. Si toutefois vous vouliez bien nous exposer vos idées thérapeutiques au sujet de la maladie que vous avez si brillamment décrite, je lirais ce second article avec plus de plaisir encore que le premier, si c'est possible.

Réponse à la lettre de M. Folet :

« Monsieur et très honoré maître,

» Laissez-moi d'abord vous remercier de vos flatteuses appréciations au sujet de mon premier article, et surtout de l'intérêt que vous prenez à la campagne que nous avons entreprise .. Je suis particulièrement heureux de recevoir l'approbation d'un doyen de Faculté; elle me servira de réponse à ceux qui ne manqueront pas de m'accuser d'être l'ennemi de la Faculté de Paris. J'y compte d'ailleurs de nombreux amis et des maîtres que je respecte profondément; et je sais que bon nombre d'entre eux ne manqueront pas d'applaudir à mes efforts. Je ne suis l'ennemi de personne et je saurai me garder des allusions personnelles blessantes.

» Nos ennemis, vous l'avez bien compris, cher maître, et je le répète, comme M. Huchard l'a déjà dit, ce sont la routine, les abus, les priviléges qui brisent les légitimes espérances des esprits distingués et n'exaltent que les médiocres et les adorateurs du soleil levant.

» Permettez-moi maintenant de répondre brièvement aux opinions que vous défendez dans votre lettre.

» Vous pensez tout d'abord que la cause principale de nos maux c'est : « le culte aveugle de l'égalité à outrance, qui nous pousse à introduire partout et à tous les degrés le système des concours »; vous prenez bien soin d'ajouter immédiatement : « ce système contenu dans des limites raisonnables est certainement légitime et utile; mais poussé à l'excès il devient nuisible et stérilisant malgré l'émulation apparente qu'il provoque ».

» Nous sommes si parfaitement dans les mêmes idées que je n'ai pas autre chose à vous répondre que ce que vous dites vous-même.

» Oui, le concours appliqué avec excès et mal compris est mauvais et stérilisant, et c'est précisément pour le réduire aux limites raisonnables que nous avons entrepris cette campagne. Vous invoquez encore la prépondérance de Paris et vous demandez le roulement des agrégés; c'est très vrai, très juste, et nous y viendrons plus tard, mais laissez-nous le temps de formuler d'abord tous nos griefs, et vous nous verrez ensuite aborder résolument les réformes nécessaires.

» Ces réformes, je suis sûr de leur efficacité, mais voudra-t-on les mettre à exécution? Hélas ceux qui veulent ne peuvent pas et ceux qui pourraient ne veulent plus. Car tous nos maîtres n'ont pas comme vous l'âme généreuse et ouverte aux progrès. Laissez-moi d'ailleurs vous dire à ce propos que pour un homme qui se dit désabusé et quelque peu sceptique, je vous trouve, mon cher maître, d'une impatience bien juvénile. Mon article n'est que le premier d'une série et vous devez avoir encore beaucoup de patience, heureusement nous vous donnerons satisfaction, j'en ai la ferme conviction.

» Agréez monsieur est très honoré maître, l'expression de mon respectueux dévouement.

» Dr H. Chaput. »

Le concours de chirurgie des hôpitaux

« Les deux moyens de parvenir, le concours et la réclame, aboutissent à des effets du même genre. Ils surmènent, étriquent, surexcitent et gâtent l'homme. Le concours fait des éreintés et des bêtes de somme; la réclame fait des charlatans et des intrigants. Si j'avais un jeune homme de médiocre fortune à élever et à conduire, je voudrais le soustraire à l'une et à l'autre. »

Taine.

Beaucoup de personnes se sont certainement demandé, à la lecture de mon premier article, pour quelle raison je venais me poser en réformateur bien que je n'eusse aucune qualité pour le faire, pas même celle de l'âge.

Je répondrai simplement en rappelant les ennuis du candidat en chirurgie, qui, interne est surchargé de besogne par la vie en partie double de l'hôpital et de l'école pratique; prosecteur, il est contraint de faire de l'enseignement terre à terre avec l'impossibilité absolue de se livrer à des recherches quelconques. Enfin, arrivé aux hôpitaux, il reste la plus grande partie de l'année bras croisés, attendant avec impatience les deux mois de vacances qui sont, pour lui, l'époque de la chirurgie active. Enfin, et ce dont il peut surtout se plaindre, c'est que le jour où on lui donnera un service de titulaire, ce service sera, comme la plupart de ceux actuels, insuffisant, comme salle d'opérations, dépourvu d'assistant et de chef de laboratoire, en un mot nullement à la hauteur des besoins de la chirurgie moderne.

J'ai eu aussi, ai-je besoin de le dire, ma part de ces ennuis et de ces déboires qui ne sont pas encore épuisés pour moi! Et cependant, je suis un heureux, j'ai eu une carrière rapide et je suis arrivé jeune. Si je me plains, que diront les autres?

Si je pouvais, par ces articles, hâter ces réformes que tout le monde réclame, j'aurais travaillé en faveur de mes intérêts les plus élevés et fait œuvre humanitaire et patriotique. Qu'on ne cherche pas ailleurs, là seulement se trouve le mobile de cette campagne, et ceux qui me connaissent le savent bien.

Sans me laisser arrêter par les critiques et les insinuations malveillantes, je poursuivrai mon œuvre et je ferai aujourd'hui le procès du concours actuel de chirurgie des hôpitaux.

Je ferai remarquer à ce propos que je puis parler du

Digitized by Google

concours en toute indépendance, car je lui dois beaucoup, je l'ai déjà dit.

Si je proteste contre la forme actuelle de cette institution, c'est parce que je ne puis songer sans terreur qu'avec un atôme de chance en moins, j'en serais encore, comme bien d'autres à continuer la préparation des questions en vingt minutes. Je n'ai pas en effet la fatuité de croire que j'ai été nommé par mon seul mérite. Des épreuves soutenables et des juges intelligents ou influents pour vous faire nommer : tel est le résumé de mon histoire et de celle de tous les candidats qui arrivent au concours.

(*A suivre.*) Dr H. Chaput.
Chirurgien des Hôpitaux.

REVUE CRITIQUE DES CONGRÈS

Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences (1)

Clinique et thérapeutique médicales — *I. Le liséré gingival des saturnins. — II. Dilatation de l'estomac et glycosurie. — III. Traitement de la fièvre typhoïde par le naphtol A. — IV. Le thermocautère en dermatologie. — Communications diverses.*

Clinique et thérapeutique médicales. — I. *Le liséré gingival des saturnins.* — MM. P. et J. Lemaistre sont des cliniciens qui aiment, cherchent et trouvent la précision. Leurs travaux sont une preuve de cette vertu : celui-ci comme les autres.

A l'occasion d'une épidémie de saturnisme causée par l'ingestion de farines plombifères, nos deux confrères distingués de Limoges ont examiné à la loupe le liséré gingival. Il est constitué, dit M. P. Lemaistre par les vaisseaux radiculaires de la partie postérieure de la gencive, sinueux chez les intoxiqués, et redevenant rectilignes pendant la convalescence.

M. J. Lemaistre a pratiqué l'étude histologique de ces organes. Du sulfure de plomb remplit, dit il, les capillaires gingivaux et est mélangé à des granulations plombiques qui font obstacle à la circulation.

On le voit donc : la pathogénie de ce liséré si classique est moins obscur après ces minutieuses recherches et on peut dire, qu'ainsi pratiquée, l'histologie devient le réel auxiliaire de la clinique.

II. **La dilatation de l'estomac et la glycosurie.** — Peut-on en dire autant de la doctrine pathogénique de la dilatation stomacale ?

M Derignac a observé deux fois la glycosurie pendant une autointoxication gastro-intestinale. C'est une glycosurie passagère, qui disparait avec l'autointoxication et qui était liée, comme cette dernière, une conclusion en amène une autre à la dilatation gastrique.

L'antisepsie stomacale guérit, paraît-il, cette glycosurie. Etait-ce une coïncidence, on aurait pu se le demander. En tous cas, M. Derignac se demande plutôt si ces glycosurie temporaires ne sont pas destinées à devenir permanentes et ne constituent point la période initiale du diabète ?

C'est une hypothèse qui ne paraît point insoutenable ; ce qui semble moins rationnel de l'avis de M Grasset, c'est la tendance de certains cliniciens, qui rapportent volontiers à la dilatation stomacale des accidents coexistant seulement avec elle.

Cette réserve du savant médecin de Montpellier est de sage prudence. Plus d'un praticien expérimenté l'approuve et la partage.

III. **Traitement de la fièvre typhoïde par le naphtol A.** — Partageront-ils la satisfaction de M. Teissier (de Lyon), au sujet de l'efficacité de l'antisepsie intestinale des typhoïsants par le naphtol ?

Notre estimé confrère a traité quinze malades par cette méthode et a vu à toutes les périodes de la maladie, la température descendre, la rate diminuer de volume ; et la convalescence s'établir.

L'amélioration commencerait dès le moment où les urines prennent une coloration verte et où l'antisepsie intestinale est réalisée. Voici la formule de cette médication :

1° Le matin et le soir administrer un cachet de naphtol A., en mélange avec du salicycate de bismuth et à la dose de quarante centigrammes ;

2° Favoriser la diurèse par l'administration quotidienne de quatre lavements froids ;

3° A titre de tonique et après le dernier des lavements froids de chaque jour, administrer un autre lavement ainsi formulé :

Extrait de quinquina.....	4 grammes.
Sulfate de quinine.....	0.60 centig.
Infusion de valériane.....	q. s.

F. s. a. pour un lavement.

4° Comme régime. Vin : 300 grammes, lait, bouillon.

M. Teissier estime que par cette médication on peut faire mieux que par l'emploi systématique des bains froids. Ainsi donc, même à Lyon, tout le monde admet que la méthode réfrigérante de Brandt n'est point le dernier mot de la thérapeutique dans la fièvre typhoïde. Abaisser la température soit, mais neutraliser les sécrétions toxiques du bacille d'Eberth est mieux.

IV. **Le thermocautère en dermatologie.** — C'est dans le but économique de simplifier l'arsenal chirurgical du dermatologiste que M. Bourdeau d'Antony (de Limoges) propose de remplacer le galvano-cautère par le thermo-cautère dans le traitement du sycosis et du lupus.

A cet effet il monte sur le manche de l'instrument une pointe aussi petite que possible et l'a fait rougir. Les pointes de feu sont pratiquées à une petite distance les unes des autres, deux à trois millimètres, et les brûlures ainsi produites guérissent dans l'espace de deux à trois septenaires. On répète donc les séances après ce laps de temps, sept, huit ou dix fois et, comme résultat final, on obtient une surface souple, nette et sans difformités cicatricielles. A l'appui de ces conclusions et pour justifier la valeur de cette méthode, notre ingénieux confrère de Limoges rapporte plusieurs cas de lupus et un cas de sycosis de la lèvre supérieure.

Nous arrêtons ici ce compte rendu critique et partiel des travaux du Congrès de Limoges. Nous pourrions citer encore d'autres communications, par exemple : celles de MM. Reboul (de Marseille), sur la *torsion du pédicule des kystes ovariques* ; de Delotte, sur la *laparotomie dans un cas de kyste du foie* ; de MM. Alezais et Arnoud (de Marseille), sur les *caractères du sang venant des capsules surrénales* ; de MM. Nepveu (de Marseille), sur un *cas de nodosités rhumatismales causées par une embolie bactérifère* ; de M. Prioleau (de Brives), sur la *tuberculose cutanée consécutive à la tuberculose des os* ; de M. Arnoud, sur la *syringo-mélie* ; de M. H. Huchard, sur les *dyspnées toxiques* et les *maladies de l'hypertension artérielle*.

Nous publierons ces dernières, mais les traditions de ce journal exigent que nous nous limitions aux questions de pratique médicale. Terminons en répétant ce qui a été déjà écrit dans ces colonnes, que le Congrès de Limoges malgré la concurrence bruyante et la coïncidence fâcheuse d'autres réu-

(1) Fin : Voir : n° 33 et 35.

Digitized by Google

nions scientifiques, a été honorable pour la science française. Il deviendrait plus profitable si l'organisation en était meilleure et mieux ordonnée. Cette œuvre n'est pas celle dont le secrétaire de la section des sciences médicales semble assez se préoccuper.

La prochaine réunion aura lieu à Marseille en 1891.

N. D.

Dixième congrès international des sciences médicales (1)

Tenu à Berlin du 4 au 9 août

Clinique ophtalmologique (Suite). IV. *De l'ophtalmie sympathique.* — (Clinique obstétricale). I. *De l'antisepsie en obstétrique.* II. *Les indications de l'accouchement prématuré artificiel.*

Clinique ophtalmologique (Suite). IV. **De l'ophtalmie sympathique.** — Quelle est la nature de cette affection ? MM. Brailey et Deutschmann, rapporteurs de cette question posée par le Comité d'organisation. et MM. Darier, Cross, Levy, Parisotti, Logetchnikow, ne semblent point en accord parfait quand il s'agit de sa nature et de son traitement.

M. Deutschmann définit sous ce nom tout changement dans un œil consécutivement à une maladie de l'autre œil. M. Brailey déclare que l'ophtalmie sympathique est une inflammation et qu'elle siège dans le tractus uvéal. C'est une définition peu compréhensive.

Sans suivre les congressistes dans leurs hypothèses anatomopathologiques et le développement de leurs théories pathogéniques, il faut retenir, considération pratique, l'existence : d'une *inflammation sympathique* distincte de ce que l'on a pu appeler *l'excitation sympathique.*

La première se transmet par le mécanisme de l'infection, la seconde, par celui des phénomènes nerveux réflexes. La première a pour voies de transmission : le tissu épiscléral, l'iris, le corps ciliaire et aboutit à la choroïde ; la seconde, le nerf optique et les nerfs ciliaires pour aboutir au même point.

Quel traitement faut-il appliquer ? *L'évisceration hâtive* ? M. Brailey admet qu'elle peut prévenir l'affection, mais à la condition que la choroïde ne présente pas de lésions avant l'opération.

L'énucléation ? Ce traitement, naguère en faveur, ne possède plus autant de partisans. M. Darier la réserve pour les cas exceptionnels. Quant à l'introduction de boules de verre dans la cavité scléroticale, elle est condamnée par la majorité des congressistes.

La section du nerf optique ? C'est un traitement plus théorique que pratique.

Les cautérisations ? M. Abadie les recommande dans tous les cas de plaie pénétrante de l'œil, avec infection probable. Il anesthésie le malade et cautérise profondément.

Les injections antiseptiques intra-oculaires ? Elles consistent à introduire dans la cavité scléroticale un à deux vingtièmes de centimètre cube d'une solution de sublimé au millième et à répéter les injections tous les huit jours.

MM. Reymond et Gallenga pratiquent aussi cette méthode, mais se contentent d'injections sous conjunctivales.

Au demeurant, les opinions sont partagées sur sa valeur, et M. Deutschmann, par des expériences sur le lapin, croit avoir établi que l'infection de l'œil n'est point la cause nécessaire de l'ophtalmie sympathique. Il faut donc accepter, avec réserve, des opinions si contradictoires.

M. Gruening estime que la sclérotomie simple peut être utile. Mais c'est là encore une opinion seulement. Comme conclusion, on est obligé de reconnaître, avec M. Logetchnikow (de Moscou), que tous les traitements peuvent donner des résultats inattendus et divers.

On ne saurait mieux avouer l'incertitude de la thérapeutique et l'impuissance de tels débats pour la faire cesser.

Clinique obstétricale. — I. **Des antiseptiques en obstétrique.** — Ce procès n'est plus à plaider. M. Galabin, rapporteur, est venu seulement déposer en faveur de l'emploi du sublimé pour la désinfection des mains, des instruments et de l'accouchée. Puis, la statistique est un argument qui, à défaut d'autres, a sa valeur ; il l'invoque donc et constate qu'en Angleterre, la substitution du sublimé au peramanganate de potasse et à l'acide phénique, a fait descendre la mortalité des accouchées de 10 à 2 pour cent, et réduire la morbidité puerpérale à 2,5 pour cent.

Quel est le titre des solutions à employer ? Pour les douches vaginales, solution aux quatre millièmes ; pour le lavage des instruments, solution au centième ; et pour le toucher, solution de glycérine au sublimé au centième.

Toutefois dans la clientèle civile, il y a lieu parfois de mitiger ces pratiques. On administre, après la délivrance, une injection avec la solution aux deux millièmes ; et les jours suivants, on emploie des injections phéniquées au cinquantième ou au soixantième.

Mais l'asepsie doit être, elle aussi, absolue, et M. Stadfeldt (de Copenhague), qui ne met pas en doute les bienfaits de l'antisepsie, voudrait que les sages-femmes et les accoucheurs fussent aseptiques sur leurs vêtements. Un excellent conseil ! Un peu banal et fort médiocrement nouveau, n'est-ce pas ?

II. **Les indications de l'accouchement prématuré artificiel.** — Ici encore, point de révélations inédites. M. Dohrn a collationné 318 observations d'accouchement prématuré, et constaté une mortalité de 5 pour cent pour les mères et de 40 pour cent pour les enfants.

Ces résultats sont plus heureux que ceux de la craniotomie et de l'opération césarienne.

Quand cette opération est-elle indiquée ? D'après M. Calderini : dans les cas de bassins rachitiques, dont le diamètre conjugué est supérieur à 75 millimètres et de bassins non rachitiques mesurant au moins 85 millimètres. Pour remplir ces indications, on dispose des douches chaudes, des bougies et de la ponction des membranes. Les deux premières méthodes conviennent dans les cas de bassins rétrécis, et la dernière, dans les cas où les conditions anatomiques sont moins défavorables

Bref, on le voit ; malgré la multiplicité des communications et des questions, inscrites au programme, en obstétrique, comme dans les autres branches de l'art de guérir, le Congrès berlinois n'a point donné des résultats suffisants pour vaincre les objections qui, de jour en jour, deviennent plus nombreuses contre l'utilité scientifique de ces réunions. Décidément, c'est une formule qui devient démodée et dont, sans être prophète, on peut l'affirmer, l'avenir se contentera de moins en moins. En science, comme ailleurs, les modes ont leur temps.

K. D.

(1) Fin. Voir : nos 32, 33, 34, 35 et 37.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 septembre 1890

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

M. Tillaux lit un rapport sur un travail de M. Richelot : **Du traitement par le séjour aux bords de la mer chez les scrofuleux** par le Dr Iscovesco (Paris). — On a dit que la mer avait une action si marquée sur les tuberculoses locales, que ces affections ne s'observaient jamais ou presque jamais sur les marins.

Digitized by Google

J'ai vu à Berck un enfant né et élevé au bord de la mer, faire à l'âge de 10 ans une coxalgie double. J'ai vu chez des gens nés et élevés à Berck à plusieures reprises des adenopathies tuberculeuses. A l'hôpital de Berck on assiste fréquement au développement de tuberculoses locales chez des enfants qui ne présentaient aucune lésion auparavant ou bien chez des enfants qui avaient déjà une autre tuberculose locale. J'ai assisté à l'hôpital de Berck à l'effondrement d'une colonne vértébrale après 18 mois de séjour chez un enfant qui nous avait été envoyé avec une tumeur blanche du genou. Le mal de Pott s'était développé et avait évolué silencieusement à l'hôpital de Berck même.

Les rechutes de coxalgie sont fréquentes au bord de la mer. Il est très rare qu'une coxalgie évolue sans que une ou deux rechutes viennent prolonger la durée de la maladie. J'ai observé tout récemment un enfant guéri d'une coxalgie depuis deux ans, présenter, 15 jours après son arrivée, des crises nocturnes, de la douleur de la hanche, bref, une rechute bien caractérisée. La mère de l'enfant nous affirme d'une façon absolument catégorique qu'il n'y avait eu ni chute, ni surmenage. Du reste il suffit d'exercer quelque temps au bord de la mer pour voir combien ce genre de rechutes est fréquent. Quant aux coxalgies en cours d'évolution, j'ai vu plusieurs cas d'enfants amenés au bord de la mer dans une gouttière et ne présentant aucun phénomène douloureux, avoir bientôt des crises nocturnes et de la douleur le jour. Un coxalgique met en moyenne de 3 à 4 ans pour guérir définitivement à Berck. D'après mon éminent maître le Dr Cazin, la durée moyenne du régime des coxalgiques à Berck est de 458 jours et il ne faut pas oublier que presque toutes les coxotuberculoses de Berck datent déjà d'au moins un ou deux ans. La mer ne semble donc pas même avoir une influence favorable sur la durée de la maladie.

D'après les statistiques, a dit Cazin, sur 619 cas de coxalgie, soignés à Berck, il n'y a eu que 397 guérisons, c'est-à-dire 64 0/0, chiffre qui est vraiment peu satisfaisant. Et encore combien parmi les enfants renvoyés comme guéris de Berck, n'en retrouve-t-on pas, quelques mois après, dans les services de Paris. La mer n'a même pas une action manifeste sur les abcès secondaires, ceux-ci se produisent à Berck aussi fréquemment que n'importe où.

La mer n'a aucune action sur les ostéites ou osteo-périostites. « Il faut, dit mon savant maître le docteur Cazin, que la plupart du temps la chirurgie intervienne et enlève la portion d'os malade. » Il est vrai cependant qu'une fois l'intervention faite, le séjour des enfants aux bords de la mer, rend les récidives beaucoup plus rares et consolide la guérison en améliorant l'état général.

Pour les *gourmes* et *abcès froids* la mer n'entraîne jamais leur guérison, il faut, dit le docteur Cazin, que la chirurgie vienne par l'ouverture, le râclage et la cautérisation purger les tissus des frégosités tuberculeuses. Le *lupus* est presque toujours aggravé. Les *engelures*, que mon maître, le docteur Cazin et moi, avons prouvé être souvent des ulcérations tuberculeuses, ne sont pas enrayées par le séjour au bord de la mer et s'y montrent aussi tenaces qu'avant.

Pour les *adenites*, la proportion des guérisons est de 75 0/0, d'après le docteur Cazin. Dans ce chiffre rentrent le grand nombre d'adénites qui guérissent n'importe où sans traitement. Et même à l'hôpital de Berck on intervient le plus souvent possible.

Ce chiffre est donc absolument insuffisant surtout avec une moyenne de séjour de 889 jours.

Les résultats que donne donc le traitement maritime est absolument insuffisant. On a le droit de se demander ce que seraient ces résultats sans l'intervention de l'éminent chirurgien qui est placé à la tête de l'hôpital. Je suis convaincu que bon nombre de guérisons sont dues au moins autant au bistouri du docteur Cazin qu'à la mer.

Il est cependant deux cas où la mer fait merveille :

1° Le rachitisme.

2° Le lymphatisme sans lésions tuberculeuses actuelles.

Je crois donc pouvoir dès maintenant formuler les indications du traitement marin de la façon suivante :

1° Il faut rigoureusement proscrire la mer dans toutes les tuberculoses locales douloureuses ou présentant des tendances inflammatoires.

2° La mer agit surtout dans les deux premiers mois, à partir de ce moment l'augmentation de l'appétit disparait et les enfants retombent dans l'état antérieur à leur arrivée.

Peut-être obtiendrait-on des résultats plus favorables qu'à Berck, sur une plage où il y aurait de la végétation et où on pourrait pour ainsi dire exposer les enfants à un air marin mitigé.

M. Dujardin Beaumetz lit les conclusions de son **Rapport sur les mesures à prendre contre le choléra.**

1° Nécessité de connaitre le plus promptement possible les cas de choléra.

2° Création d'un corps de médecins-délégués ayant pour mission de constater la réalité et la gravité de la maladie qui leur est signalée et de veiller à l'exécution rigoureuse des mesures de désinfection.

3° Pour la désinfection qui a trait au malade et aux personnes qui l'entourent, usage exclusif du sulfate de cuivre, qui sera mis à la disposition du public pour faire des solutions fortes et des solutions faibles qui devront servir à la désinfection des déjections (vomissements et matières fécales), des linges souillés par le malade, au lavage de la figure et des mains.

4° Pour la désinfection des locaux contaminés, maintien et augmentation des escouades de désinfecteurs; création d'un inspecteur chargé de vérifier si ces désinfections ont été bien pratiquées.

Cette désinfection se fera avec l'acide sulfureux provenant de la combustion du soufre, avec des lotions au sublimé pour les lavages et enfin à l'aide d'étuves mobiles pour les objets de literie et les linges ayant été en contact avec le malade : acquisition immédiate de dix étuves mobiles pour les vingt arrondissements de Paris.

5° Transport des malades à l'aide de voitures spéciales, chauffées pendant le transport et désinfectées aussitôt après.

6° Evacuation des maisons et particulièrement des garnis où se seront déclarés des cas de choléra.

7° Création de services-spéciaux isolés dans des hôpitaux de Paris désignés à cet effet. Ces services devront être indiqués dès aujourd'hui et le personnel appelé à soigner les malades sera instruit des mesures prophylactiques qu'il doit prendre pour éviter les atteintes du mal.

8° Enfin, exécution scrupuleuse de toutes les mesures d'hygiène privée et publique qui maintiennent la salubrité de la ville. De l'eau salubre devra être donnée à toute la population parisienne.

M. Javal commence la lecture d'un mémoire sur la **dépopulation de la France.**

F. R.

BULLETIN DE LA SEMAINE

La patente médicale. — Une Commission parlementaire. — Associations et syndicats.

Il existe au Palais-Bourbon, sur les bords de la Seine, à Paris, dans l'Ile de France, — vous voyez que je sais encore ma géographie, — une commission parlementaire, chargée, me dit-on, d'étudier la revision de la patente des professions libérales.

Cette commission fonctionne, me dit-on aussi : ce qui, on l'avouera sans peine, est exceptionnel pour une commission dite de revision. Mais, fait plus exceptionnel encore, paraît-il, elle le prouve; et, à cet effet, s'adresse aux chambres de commerce, aux sociétés industrielles, aux syndicats professionnels... Il faut bien, d'ailleurs, qu'elle s'adresse à quelqu'un et, pour le moins, qu'elle frappe à quelques portes.

S'est-elle adressée, ou, pour le moins, compte-t-elle s'adresser aux associations de médecins, générales ou locales, et aux syndicats médicaux, qui, durant ces

Digitized by Google

derniers temps, ont, ce semble, fait moins parler d'eux? Je ne sais et je crois bien, ce qui me console de mon ignorance, que les hauts dignitaires de ces institutions professionnelles, présidents, vice présidents, conseillers-secrétaires, ne le savent point non plus.

C'est fâcheux et vraisemblable. Leur silence est un aveu. Et cependant, quelle excellente occasion de prouver, aux gens rebelles ou aux indifférents, l'indéniable utilité, sinon la vigoureuse vitalité de certaines associations professionnelles !

En attendant, les députés commissaires font leur enquête et sollicitent l'avis des patentés de professions qui ne sont point libérales, au moyen d'un questionnaire dont le paragraphe XIV est ainsi rédigé:

A quel régime faut-il soumettre la patente dans certains cas spéciaux et notamment *la patente des professions libérales* et des officiers ministériels ?

La commission parlementaire se contente et se préoccupe surtout de connaître l'avis des épiciers et des cordonniers sur l'opportunité de grever le médecin de demain, comme celui d'aujourd'hui, de la patente des marchands de « chandelles ». Cela lui suffit peut-être, à cette commission parlementaire. Faut-il s'en étonner? Non. Il y a des gens, même au Parlement, qui se contentent de peu.

M'est avis cependant, et cet avis, je crois, est celui de la majorité de nos confrères, que l'Association générale, les Sociétés locales et les Syndicats ont mieux à faire que d'attendre sous l'orme.

C'est à nos confrères, dignitaires de ces Associations médicales, de se rappeler à la Commission parlementaire qui, intentionnellement ou non, semble les oublier. « Puisque la montagne ne vient pas vers nous, disait » Mahomet, il faut aller vers elle ». Il en est ainsi de la montagne parlementaire, alors même qu'elle menace de mettre au monde tout au plus... une souris.

C. Eloy.

INFORMATIONS

FRANCE

Instruction pour la mise en bière des décédés de maladies infectieuses. — Pour donner suite à un vœu du Conseil d'hygiène, le préfet de la Seine vient de décider que, dorénavant, en cas de mise en bière d'urgence, les employés des pompes funèbres devront revêtir, avant cette opération, une longue blouse de toile couvrant leurs vêtements.

Après la mise en bière et avant de quitter la chambre du décédé, ils dépouilleront cette blouse et, sur place, l'enfermeront dans une caisse de fer-blanc qui sera déposée dans un local spécial. Chaque caisse et chaque blouse devront être désinfectées après chaque opération.

ÉTRANGER

La Société générale des médecins russes. — Un projet actuellement soumis à l'examen de délégués des diverses sociétés médicales de Russie a pour objet de les fusionner entre elles.

La Société générale, ainsi constituée, comprendrait plusieurs sections : médecine, chirurgie, obstétrique, mais serait administrée par un comité central.

Nouvelle-Zélande. **Statistique de l'aliénation mentale.** — Au 31 décembre dernier, on comptait dans cette colonie anglaise 1,761 aliénés, c'est-à-dire une augmentation de 80 aliénés sur la statistique de l'année 1888. Le nombre des cas de guérison a été en moyenne de 57.12 pour cent et celui de la mortalité de 4.54 pour cent. On doit remarquer la proportion relativement considérable du nombre des aliénés par rapport au chiffre modeste de la population de cette colonie anglaise.

NOUVELLES SANITAIRES

ÉTRANGER

Espagne. **L'épidémie cholérique de 1890.** — Pendant la semaine qui vient de s'écouler, l'épidémie ne semble pas avoir gagné d'autres provinces que celles de Valence, Tolède, Tarragone, Alicante, Albacête et Badajos. On a compté 400 cas nouveaux et 210 décès environ.

VARIÉTÉS

Une question d'hygiène alimentaire. — La consommation et la production des fruits en France. — Les végétariens omettent à tort de faire valoir, en faveur de leur cause, un argument économique et social du plus haut intérêt. Le voici, d'après un livre des plus instructifs, sur la *Culture commerciale et bourgeoise* (1), dont la lecture intéressera tous nos lecteurs et qui est l'œuvre d'un savant arboriculteur et d'un pomologiste émérite, M. Ch. Baltet, président du jury de l'Exposition universelle de 1889.

L'arboriculture fruitière augmente la richesse nationale, ce qui intéresse les économistes, et la richesse alimentaire du pays, ce qui intéresse les hygiénistes. En voici les preuves: dans une seule commune de Seine-et-Oise, la production des abricots a représenté 140,000 fr en 1881; dans le Puy-de-Dome, on fabrique chaque année pour trois millions de pâtes d'abricots; une commune du département de l'Yonne, Saint-Bris, vend annuellement pour 100,000 fr. de cerises; l'exportation des châtaignes d'Italie en France a représenté 170,000 fr. en 1880, etc., etc. Je pourrais prolonger cette énumération. A quoi bon : les hygiénistes, les médecins, tout le monde a beaucoup à apprendre dans le livre du savant pomologiste de Troyes. On ne saurait trop en recommander la lecture à nos confères parisiens curieux de s'instruire de cette science dont M. Baltet est un initiateur et à nos confrères des départements, désireux de mettre à profit de si fructueux conseils. C. E.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Goumond, agrégé en chirurgie de la Faculté de Montpellier ; Siry et Desruelles (de Paris), Du Mesnil (de Vincennes) ; Delacroix (de Verzy) ; Valette (de Montpellier).

En Angleterre : M. le Dr Duncan, professeur d'obstétrique à à St-Bartholomew Hospital de Londres.

En Belgique : M. le Dr Cranincx, professeur émérite de clinique interne à l'Université de Louvain.

Aux Etats-Unis : M. le Dr Allen, doyen du Rush médical Collège de Chicago.

(1) G. Masson, 1889, 2e édition.

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE N° 39 24 SEPTEMBRE 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

COMITÉ DE RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

REVUE GÉNÉRALE

De l'appendicite

Depuis bientôt deux ans, il se produit dans la science un travail de revision s'accentuant chaque jour davantage, qui ne tend rien moins qu'à faire disparaître la typhlite du cadre de la nosologie médicale. D'après les auteurs classiques, la typhlite est constituée par un travail phlegmasique de la première portion du gros intestin, avec propagation possible au tissu cellulaire ambiant, ce qui constituerait la périty phlite. Grisolle, il est vrai, refusait d'accepter cette pathogénie ; il insistait, avec raison, sur la rareté de l'inflammation du tissu cellulaire des fosses iliaques à la suite des maladies intestinales, même dans celles où se forment des ulcérations multiples et profondes telles que la fièvre typhoïde et la dysenterie. Des travaux récents, dus principalement à des chirurgiens américains ou suisses, à Fitz (1888), à Bull, à Mac Schuller, à Gerster, à Kraft (1888), et à Roux, de Lausanne (1890), appuient singulièrement cette manière de voir. Ces auteurs, constatant que toujours l'appendice était malade ou perforé, dans la grande majorité des cas, alors que le cœcum restait sain, sont arrivés à contester l'existence de la typhlite et rapportent les phénomènes morbides observés aux lésions de l'appendice iléocœcal; la typhlite devrait donc disparaître et faire place à l'appendicite.

Si, avec M. Maurin, qui vient de consacrer un travail important à ce sujet (*Essai sur l'appendiculite*, thèse, Paris, 1890), nous faisons appel à l'anatomie pathologique pour juger la question, nous sommes frappés de l'extrême fréquence des lésions de l'appendice vermiculaire. Sur un ensemble de 112 autopsies, 16 fois il a rencontré des adhérences péritonéales autour de ce diverticulum. Hektoen, de Chicago, faisant les mêmes recherches, a observé 42 cas d'adhérences péri-appendiculaires, sur le groupe notable de 280 nécropsies; Toft, dans 300 cas, relève l'existence d'altérations notables, dans la proportion considérable de 36 0/0.

Ainsi donc, il résulte de ces recherches curieuses qu'il est extrêmement fréquent de rencontrer autour de l'appendice, des traces évidentes de péritonite localisée péri-appendiculaire, ne s'étant révélée pendant la vie que par des troubles vagues, d'un diagnostic incertain, qualifiés généralement sous le nom de névralgie abdominale, de colique néphrétique fruste, d'entéralgie, de congestion utéro-ovarienne, de périmétrite subaiguë, etc., etc.

D'un autre côté, et comme pour compléter la démonstration, il est curieux, avec le même auteur, de noter la rareté extrême des altérations du cœcum, dans des cas où le diagnostic typhlite ou périty phlite avait été porté d'une façon ferme. Sur 136 cas, 74 fois l'appendice vermiculaire était seul lésé ; 36 fois, c'était le cœcum ; enfin, dans 6 cas, l'appendice et le cœcum étaient intéressés à la fois. Mais, sur les 37 observations où le cœcum était malade, il y eut 20 guérisons; par conséquent, 16 autopsies seulement absolument démonstratives. Celles ci se décomposent en : 2 cas de perforation par un corps étranger, épingle et arête de poisson ; 12 fois où le cœcum était le siège d'une inflammation ulcéreuse. Les deux derniers faits sont douteux, car, s'il est bien mentionné que le cœcum était rouge et tuméfié, on ne relève point l'état de l'appendice iléo-cœcal. Roux, de Lausanne, n'a vu qu'une seule fois la perforation du cœcum dans 27 cas observés par lui ; dans tous les autres faits, il existait une inflammation ou une perforation de l'appendice.

La conclusion des deux statistiques de M. Maurin et de M. Roux montre nettement, que 8 fois seulement, sur 100 cas diagnostiqués typhlite ou périty phlite, les altérations du cœcum étaient la véritable cause de la maladie. En résumé, dans les formes aiguës, le cœcum est hors de cause, l'appendice vermiculaire est seul en cause ; ici donc, la dénomination de typhlite doit être remplacée plus justement par celle d'appendicite.

Le mécanisme de la perforation a été interprété de différentes façons : lorsqu'il s'agit d'un corps étranger, pointu ou piquant : une arête, un os, une épingle, on peut admettre la théorie classique de l'ulcération par traumatisme. Cependant, d'après les statistiques réunies dans le travail de Maurin, on voit que, le plus souvent, le corps étranger est une boulette stercorale, mousse et arrondie (251 cas), plutôt qu'un corps étranger au vrai sens du mot (59 cas seulement). D'un autre côté, l'appendice est le plus souvent œdématié, dilaté, ou même sphacelé ; enfin, la perforation est presque toujours située, non au niveau du corps étranger, mais à une distance assez éloignée et presque toujours au-dessous. Voilà autant de raisons pour rejeter l'explication univoque de la perforation par simple traumatisme, proposée par les auteurs. Roux, de Lausanne, remarque très justement que la perforation n'est point liée au point d'étranglement des corps étrangers, lequel agit le plus souvent comme un simple bouchon. Quant à la rupture, elle reconnaîtrait pour cause la pression considérable exercée par le contenu liquide; hypothèse peu vraisemblable, car elle suppose une tension énorme de la part du liquide sécrété, car la résistance et l'extensibilité des parois intestinales est considérable. Talamon avait proposé déjà l'explication suivante du phénomène de la perforation intestinale. Les scybales, dit-il, engagées dans l'appendice par quelque contraction intempestive du cœcum, y pénètrent à frottement et s'enclavent à la partie supérieure de l'étroit canal. De là, deux consé-

Digitized by Google

quences : d'une part, oblitération de l'orifice de dégagement de l'appendice dans le cœcum ; de l'autre, compression des parois de l'appendice, gêne de la circulation des vaisseaux contenus dans ces parois. De l'oblitération de l'orifice, résultent l'accumulation des produits de la sécrétion muqueuse et la distension de l'appendice ; de la compression des vaisseaux, la diminution de vitalité des parois de l'organe. Les microbes, qui existent en permanence à la surface de la muqueuse, pullulent et se multiplient dans le liquide stagnant de l'appendice oblitéré, comme dans un vase clos. Ces microbes, inoffensifs à l'état normal, et impuissants contre des éléments sains, triomphent sans peine de ces éléments privés du liquide sanguin nourricier ; ils pullulent de proche en proche, détruisant et ulcérant à mesure les parois de l'appendice et, par un ou plusieurs points, finissent par les perforer et par faire irruption dans le péritoine. Ainsi donc, la rupture serait due, non à une action mécanique, mais à une action vitale, à la destruction des éléments anatomiques par la prolifération bactérienne.

Quoiqu'il en soit, la pathogénie de l'affection est la suivante : un corps étranger, os de viande, noyaux, pépins de fruits, mais surtout des scybales durcies franchissent la valvule de Gerlach, et pénètrent dans l'appendice vermiculaire. Elles y déterminent une irritation des parois avec hypersécrétion de la tunique muqueuse. Si la valvule cède, le tout passe dans le cœcum et le mal n'est pas grand ; au contraire, si la valvule résiste ou si des adhérences de voisinage enserrent l'appendice et retiennent dans sa cavité distendue le corps étranger et la sécrétion, il se produit une tumeur, et la tunique interne s'ulcère d'autant plus vite que la distension des parois comprime les vaisseaux sanguins. Les microbes de l'intestin exagèrent les processus en infiltrant, les tuniques ; une plaque de sphacèle se produit et la perforation succède à l'élimination de l'eschare.

Deux alternatives peuvent alors se produire (Reclus) : Ou bien l'appendice vermiforme, sans adhérence, libre dans la séreuse, verse ses produits septiques dans le péritoine et provoque une inflammation généralisée, ou bien, sous l'influence de l'irritation que les corps étrangers provoquent dans le processus, des néomembranes l'enveloppent qui le font adhérer aux organes voisins, cœcum, anses de l'intestin grêle, péritoine pariétal, et les matières infectieuses pénètrent dans ces néomembranes, s'y infiltrent et amènent la formation d'une collection qui, bien que intrapéritonéale, est limitée et séparée du reste de la séreuse ; aussi, celle-ci est-elle soustraite à l'inflammation ; la péritonite est localisée et représente ce qu'on appelait autrefois les abcès de la fosse iliaque.

La perforation, d'ailleurs, ne se fait jamais d'emblée, elle varie suivant la vitalité particulière des tuniques, et la richesse bactériologique du liquide emprisonné dans le diverticulum iléo-cœcal.

Dans la forme aiguë, la perforation s'établit dans un temps très court : deux à trois jours au plus ; il survient alors une péritonite aiguë, généralisée ou localisée.

Lorsque le processus revêt une marche subaiguë, la perforation est plus tardive, elle s'établit d'une façon latente, pour ainsi dire: la péritonite se localise, cantonnée par les adhérences qui ont eu le temps de s'établir avec le voisinage.

Une troisième alternative, heureusement fréquente, peut survenir encore, c'est la terminaison par résolution. Celle-ci s'opère lentement, et on peut, pendant longtemps encore, sentir par la palpation, à travers la paroi abdominale, l'appendice vermiculaire sous forme d'une petite tumeur de la grosseur du doigt, d'une olive, d'un pois, un peu mobile, et sensible à la pression dans la fosse iliaque droite.

Il existe à côté des trois formes cliniques, les plus fréquentes, une variété dans laquelle, les accidents à peine ébauchés, ne font qu'apparaître, quelquefois avec une brusquerie et une intensité inquiétantes au premier abord. Ils sont causés par la pénétration brusque de la boulette stercorale dans l'appendice, se manifestant par une douleur subite, très violente, vomissements, facies grippés, et tout l'ensemble de ce qu'on désigne sous le nom de péritonisme. Heureusement, les choses en restent là ; car, sous l'influence de vives contractions intestinales, la boule stercorale est lancée dans le cœcum et tout rentre dans l'ordre.

On sait combien la typhlite, que nous désignerons sous le nom d'appendicite, est sujette à des rechutes fréquentes ; cette complication sérieuse pourrait s'expliquer en ce qu'une première manifestation morbide favorise la production de nouvelles atteintes, en laissant l'orifice du conduit dilaté et plus apte à la pénétration de nouvelles concrétions fécales.

Il résulte donc de ce court examen que la symptomatologie qu'on prête à la typhlite doit être rapportée à des altérations de l'appendice vermiculaire, et non à une lésion du cœcum. La typhlite stercorale décrite autrefois par Albers, doit-elle être, par cela même, rayée de la nosologie? Non, évidemment, mais cet engorgement pourrait bien n'avoir pour rôle principal, que de favoriser la pénétration des matières dans l'appendice. Le lieu d'élection véritable de l'accumulation stercorale se fait dans l'S iliaque, et nous savons qu'elle n'y détermine aucune ulcération, pourquoi en serait-il autrement dans le cœcum ?

La conclusion dernière est que la typhlite vraie paraît être seulement la conséquence des altérations ulcéreuses de l'intestin : tuberculose, cancer, dysenterie, etc. ; il est juste d'ajouter que, même en pareil cas, la typhlite est une exception incontestable.

Ces études nouvelles sur la pathogénie de la typhlite, ont eu pour conséquence la prise de possession de la maladie par les chirurgiens.

Ceux-ci vont même jusqu'à conseiller, à l'exemple de Bull, d'enlever l'appendice iléo-cœcal pour éviter les rechutes, de la même façon qu'on enlève la trompe ou l'ovaire dans la salpingite. Mais ce sont là des considérations sur lesquelles je ne veux pas m'étendre ; j'ai eu seulement pour but de montrer que dans la très grande majorité des cas, la conception classique de la typhlite devait être remplacée par l'appendicite, d'après le processus que je me suis efforcé d'indiquer.

Dr Ernest Barié.
Médecin des hôpitaux.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Les maladies de l'hypertension artérielle (1).

III. Cardiopathies de la ménopause et de la puberté. — *L'hypertension artérielle dans ses rapports avec la menstruation, la ménopause. Artério-sclérose et cardiopathies de la ménopause (cardiopathies fonctionnelles et organiques). Formes tachycardique et artérielle de ces cardiopathies (aortites, artério-sclérose généralisée, néphrite interstitielle, cardiopathie artérielle de la ménopause.) — Forme aggravante de cardiopathies préexistantes ; formes névrosique et adiposique. Cardiopathies utérines. — Hémoptysies menstruelles des tuberculeuses ; migraines menstruelles ; exacerbations menstruelles de la syncope locale des extrémités sous l'influence de l'hypertension vasculaire.*

Cardiopathies fonctionnelles de la puberté. Leurs relations avec l'hypertension et non avec la croissance. Tachycardie due à l'hypertension à l'époque de la puberté ; sa distinction clinique avec la tachycardie due à l'adénopathie trachéo-bronchique d'origine tuberculeuse, avec la tachycardie due à l'hypertension artérielle. — Influence pathologique de l'hypertension artérielle aux deux extrêmes de la vie sexuelle (puberté et ménopause).

Il est intéressant d'étudier les modifications que subit la tension artérielle au moment de l'époque menstruelle.

Pendant les jours qui la précèdent, surtout lorsque le flux cataménial arrive difficilement comme dans certaines dysménorrhées, il se produit une augmentation de la tension vasculaire ; c'est ce que les anciens entendaient sous le nom de *molimen hæmorrhagicum*, sans en connaître ni la cause, ni le mécanisme. Mais, aussitôt qu'apparaissent les menstrues, on constate une chute rapide de la tension qui s'accuse encore les jours suivants.

Or, dans certains cas où la ménopause s'établit d'une façon anormale et plus ou moins pénible, les femmes sont absolument dans la situation de celles qui vont avoir leurs règles, et c'est ainsi que pendant des mois et même pendant des années, la tension peut rester presque constamment surélevée. Il en résulte une cause d'irritation incessante pour la membrane interne des vaisseaux, laquelle finit par s'altérer. De là, production de l'*artério-sclérose de la ménopause* que j'ai décrite.

Les *cardiopathies de la ménopause* n'ont pas d'autre origine, ni d'autre pathogénie.

Stokes, le premier, a parlé de « palpitations hystériques succédant chez les femmes à la cessation physiologique des fonctions utérines » ; mais il n'en a compris ni le mécanisme, ni l'importance. (2)

En 1884, M. Clément (de Lyon) a décrit une cardiopathie de la ménopause qui me paraît réunir la plupart des symptômes importants que j'ai assignés depuis aux cardiopathies artérielles. Les femmes qui en sont atteintes éprouvent des palpitations pénibles et angoissantes capables de troubler leur sommeil ; elles ont des lipothymies et éprouvent facilement de l'essoufflement par la marche un peu rapide ; à un degré plus avancé, la respiration, qui est calme pendant le repos, devient oppressée au moindre mouvement (dyspnée d'effort) ; l'action de monter dans le lit, d'élever les bras provoque cette dyspnée passagère qui disparaît par le repos et l'immobilité ; il y a de véritables accès d'asystolie, l'impulsion cardiaque est exagérée, parfois il existe des irrégularités cardiaques, le plus souvent les battements du cœur sont accélérés et le pouls rapide (tachycardie de la ménopause).

Mon distingué collègue insiste avec raison sur la fréquence des troubles de la circulation périphérique : sensation de froid aux membres, syncope locale des extrémités, décoloration ou rougeurs subites du visage, troubles vaso-moteurs.

J'ai vu ces derniers, pendant la période menstruelle et à l'époque de la ménopause, affecter tout un côté du corps sous la forme d'un grand refroidissement avec pâleur des téguments (vaso-constriction), suivi d'une hypérémie avec sueurs très accusées du même côté (vaso-dilatation parétique). M. Clément, qui attribue la cardiopathie de la ménopause à une excitation du grand sympathique, a insisté avec raison sur ces troubles vaso-moteurs, et c'est ainsi qu'il a pu faire la remarque suivante : « On dirait que les vaso-constricteurs sont excités, et qu'il y a un spasme général des artérioles. »

Or, d'après moi, les cardiopathies de la ménopause accomplissent les trois périodes que j'ai assignées au développement de l'artério-sclérose. D'abord, au début, ce sont les troubles vaso-moteurs (sous forme de vaso-constriction) qui prédominent ; puis, survient presque en même temps que cette vaso-constriction le stade important de l'hypertension artérielle dont la disparition ou la prolongation décidera du *sort cardiaque* de la malade. Car, jusque-là, il ne s'agit que de troubles vasculaires et cardiaques de nature fonctionnelle, et c'est seulement plus tard que surviendront les lésions vasculaires avec toutes leurs conséquences pour la nutrition du myocarde (cardiopathie artérielle de la ménopause).

J'ai observé un certain nombre de ces cardiopathies dans le cours de ménopause. Elles affectent cinq formes :

1° *Forme tachycardique.* — Elle est fonctionnelle, due à l'hypertension artérielle, elle est caractérisée par l'accélération du pouls qui peut battre 120 à 150 fois par minute, par des accès de palpitations souvent nocturnes qui surviennent spontanément ou sous l'influence

(1) Suite. Voir les nos 36 et 38.

(2) Stokes s'exprime ainsi, à ce sujet, dans son *traité des maladies du cœur et de l'aorte* :

« Il est une forme particulière de palpitations hystériques, succédant chez les femmes à la cessation physiologique des fonctions utérines. Cette forme morbide peut avoir une durée très prolongée : elle succède plus souvent à des impressions morales qu'à des fatigues physiques. J'ai vu les accès de la maladie reparaître pendant plus de deux années. Ces palpitations se montrent sous forme d'accès caractérisés par des battements précipités du cœur, par un sentiment de plénitude du cou et de la poitrine, et par une anxiété très grande avec prostration morale. Entre les accès, le cœur et les artères fonctionnent d'une façon parfaitement naturelle. Dans un cas de cette espèce, la disparition de l'écoulement menstruel avait eu lieu subitement, chez une femme âgée de 50 ans, et qui, jusque-là, s'était toujours bien portée et n'avait présenté aucun accident hystérique. »

Digitized by Google

de la cause la plus insignifiante, qui s'accompagnent d'un sentiment de tension et de constriction thoraciques, de sensations angineuses et dyspnéiques, de battements carotidiens, de poussées congestives vers la face, de bourdonnements d'oreilles, de vertiges, et parfois de syncopes ou de simples lipothymies.

Cette tachycardie, *consécutive à l'hypertension artérielle* dont j'ai déjà parlé, paraît être en opposition avec les données actuelles de la physiologie, puisque Marey a établi que la fréquence des battements du cœur est en raison inverse de la tension. Mais, la clinique nous a enseigné qu'il existe tout un groupe de tachycardies liées à l'hypertension artérielle ; exemple : la tachycardie, l'accélération du pouls que l'on observe dans le cours ou au début de la néphrite interstitielle, maladie caractérisée par une augmentation souvent énorme de la pression vasculaire. Du reste, en 1867, les frères Cyon ont établi, par leurs expériences, que l'hypertension artérielle entraîne souvent une accélération des battements cardiaques. Mais, lorsque cette hypertension dépasse certaines limites, il n'y a plus d'accélération du pouls (Bezold et Stezinski, 1867). Pour S. Tschirjew (1), le rythme du cœur est lié à la pression sanguine et le travail du muscle cardiaque dépend de la tension artérielle, comme le travail d'un muscle dépend de la force qu'il doit déployer et des obstacles qu'il doit vaincre. C'est la même idée que j'ai exprimée naguère en disant que le cœur est réglé par deux freins : un *frein nerveux* représenté par le nerf pneumogastrique; un *frein vasculaire* constitué par les obstacles périphériques, par la contractilité et l'élasticité artérielles. Celles-ci augmentant par le fait du travail, d'une menstruation ou d'une ménopause difficiles, on comprend, dès lors, d'après les données de la physiologie, la production de certaines tachycardies transitoires ou permanentes survenant dans ces conditions.

2° *Forme artérielle.* — Elle est organique et due aux lésions vasculaires que l'hypertension artérielle a fait naître. Elle se manifeste par l'existence d'une cardiopathie artérielle, d'une aortite (2), ou encore de l'artériosclérose généralisée.

3° *Forme aggravante de cardiopathies préexistantes.* — C'est ainsi que l'on rencontre des femmes atteintes depuis de longues années d'une affection vasculaire, restée latente jusque-là, d'un rétrécissement mitral, par exemple, et dont la période asystolique date de la ménopause. Le surcroit de travail que l'hypertension artérielle impose au cœur à cette période de la vie, contribue pour sa grande part à préparer les troubles asystoliques.

4° *Forme névrosique.* — L'âge critique éveille les manifestations nerveuses, et c'est ainsi que surviennent l'*hystérie et la neurasthénie de la ménopause.* Alors, l'hystérie est surtout viscérale, et dans ce cas elle possède un caractère de fixité que ne présentent pas d'ordinaire les manifestations si vagabondes de la névrose. L'hystérie est cardiaque, il s'agit alors souvent d'une simple névrose du pneumogastrique (arythmies, accidents pseudo-angineux, tachycardie sans hypertension artérielle, etc.) et l'on peut dire que chez ces malades c'est leur nerf vague qui divague.

A cette époque de la vie sexuelle de la femme, on constate aussi une assez grande fréquence des affections utérines (métrites, péri-métrites, fibrômes, carcinômes, etc.). Or, si la ménopause éveille les manifestations nerveuses, elle excite, peut-être à ce titre, les troubles réflexes, et c'est ainsi que peuvent apparaître des accidents fonctionnels du côté du cœur, caractérisés par des syncopes, des lipothymies, et même par des phénomènes d'asystolie due à la dilatation des cavités droites. Fabre (de Marseille) a autrefois insisté sur ce fait, et Teissier (de Lyon) les a également signalés. Ce sont là des accidents absolument comparables à ceux qui ont été si bien décrits par Potain, à la suite des affections du foie et de l'estomac. Il y aurait donc, sous l'influence indirecte de la ménopause, une forme de *cardiopathies utérines* (1). Mais celles-ci ne sont pas directement liées à la ménopause.

5° *Forme adiposique.* — La ménopause devient souvent la cause et le point de départ d'une obésité généralisée qui, s'étendant au cœur, détermine les accidents de l'adipose cardiaque, parmi lesquels il faut signaler la dyspnée et les palpitations au moindre effort, des accidents d'asthme cardiaque, de catarrhe bronchique, etc. Cependant, dans ces derniers temps, Kisch a fait la remarque que cette adipose cardiaque, « par une sorte d'accommodation », produit moins d'accidents que chez l'homme, ce qui s'expliquerait par une sorte d'habitude morbide, chez la femme, « aux modifications fréquentes que la puberté, la grossesse et la lactation impriment à la quantité de tissu adipeux réparti dans leur organisme » (2).

De ces cinq formes les deux premières rentrent seules dans notre sujet, puisqu'elles sont la conséquence de l'hypertension artérielle ; les trois autres n'ont aucun rapport de causalité avec cette dernière. Preuve que cette étude a des conséquences fort importantes au double point de vue du diagnostic et du traitement.

Il y a encore une question importante au point de vue pratique : c'est l'influence exercée par le travail menstruel sur certains accidents ou maladie. Mais, il résulte de l'étude actuelle que d'après moi, la question doit être posée d'une façon plus précise et plus conforme aux don-

(1) S. Tschirjew. — *Ueber den Einfluss der Blutdruckchawnkungen auf den Herzrhythmus* (*Arch. f. anat. und phys*, 1877. Bd 1, p. 116-195).

(2) M. Bucquoy a reconnu l'existence assez fréquente de l'aortite chez les femmes à l'époque de la ménopause. Nos observations cliniques concordent absolument avec les siennes, et leur pathogénie par hypertension artérielle) que j'ai établie, devient une source importante et pratique d'indications thérapeutiques.

(1) Mlle Marie Roussel vient de consacrer un travail intéressant à l'étude des « *Troubles sympathiques du cœur dans les maladies de l'utérus* », (*These inaug. Paris*, 26 juillet 1890).

(2) Heinrich Kisch. *Herzbeschwerden Klimakt erischer Frauen* (*Berl. Klinisch. Woch.*, 1889, n° 50).

Digitized by Google

nées de la physiologie pathologique, et qu'elle doit être ainsi formulée : quelle est l'influence *exercée par l'hypertension artérielle* liée à la menstruation sur certains symptômes des maladies?

Cette influence est indéniable. Dans une thèse que j'ai inspirée naguère et qui ne se rapporte pas à ce sujet (puisqu'il s'agit des « *différentes formes cliniques de la tuberculose péritonéale* », Paris, 1869, par Pétrescu), j'avais déjà attiré l'attention sur les « *hémoptysies utérines* », ou plutôt sur les *hémoptysies menstruelles* des tuberculeuses. Tous les cliniciens ont dû observer que certaines femmes atteintes de tuberculose pulmonaire (et surtout de tuberculose à forme arthritique, c'est-à-dire congestive), présentent assez souvent une aggravation des symptômes locaux au moment de leurs règles : il se produit des poussées congestives vers le poumon, et parfois aussi des hémoptysies qui ont une tendance à revenir périodiquement. Pourquoi? C'est parce que la tension artérielle est surélevée à l'approche de la période cataméniale, et qu'elle va s'exercer du côté du poumon, sur des vaisseaux moins résistants qui constituent un *locus minoris resistentiæ*. J'ai dit que, pendant l'accès de migraine, il y a presque toujours un état plus ou moins marqué d'hypertension artérielle ; on comprend dès lors pourquoi, chez les femmes, et surtout chez les goutteuses (la goutte étant encore une maladie d'hypertension artérielle) on constate si souvent les *migraines menstruelles*. C'est pour la même raison que, dans la maladie de Maurice Raynaud, les accidents de syncope locale des extrémités augmentent ou se produisent parfois seulement à l'approche des règles. On pourrait multiplier encore les exemples; ceux-ci sont suffisants à l'importance pratique de cette étude, car elle montre, comme je le dirai plus tard au sujet de la thérapeutique, combien il faut être circonspect dans l'administration de certains médicaments, à la période cataméniale.

J'arrive, par une transition naturelle, à l'étude pathogénique des accidents cardiaques de la puberté, lesquels ont été signalés depuis longtemps déjà par Corrigan, Stokes et Richard Pfaff. Le terme « d'hypertrophie cardiaque de la croissance » est inexact, car il n'y a jamais hypertrophie dans le vrai sens du mot, il ne s'agit que de dilatation cardiaque consécutive à l'hypertension artérielle de la puberté. Il ne s'agit pas, non plus, d'accidents de croissance puisqu'ils peuvent s'observer chez des adolescents dont le développement reste parfois incomplet. Vous voyez ainsi des enfants chez lesquels la systole cardiaque est forte, énergique, chez lesquels vous constatez l'existence d'un retentissement diastolique de l'aorte : ils ont de la dyspnée au moindre effort, de la céphalie, des épistaxis fréquentes.

Voici, à titre de document historique, l'énumération des symptômes cardiaques que Stokes a faite sous le titre : *Palpitations se rattachant à la croissance.*

« Il faut insister sur les circonstances suivantes : les variations présentées par le cœur; — le caractère de soudaineté, de netteté, et quelquefois le timbre métallique de ses contractions; — la force de l'impulsion, à la pointe de l'organe, là où on ne la perçoit ordinairement; — l'absence du bruit de souffle, ou s'il existe, son caractère fugace et incertain ; — l'absence des signes d'une affection pulmonaire ou hépatique; — et enfin, le défaut de proportion entre la force apparente du cœur, et celle du pouls radial (1). »

On le voit, cette description reproduit presque fidèlement celle que j'ai donnée des symptômes caractérisant l'hypertension artérielle. Stokes n'a certainement pas compris alors le mécanisme pathogénique des cardiopathies fonctionnelles de la puberté ; mais il faut lui reconnaître le mérite, à lui et non à d'autres, d'en avoir admirablement et presque complètement décrit les caractères cliniques.

A cette période de l'existence, comme à l'époque de la ménopause, il est encore un symptôme cardiaque important à signaler : c'est la *tachycardie* liée à l'hypertension artérielle.

Encore, faut-il s'entendre à ce dernier point de vue, et ne pas toujours attribuer cette tachycardie au travail de la puberté parce qu'elle se produit à ce moment. J'ai vu une erreur de ce genre commise au sujet d'un jeune homme de dix-huit ans chez lequel une croissance rapide et vraiment extraordinaire s'était produite dans l'espace de quelques mois. Ce jeune homme présentait alors des accidents cardiaques qu'un médecin consulté attribuait à la croissance; le pouls battait 130 à 140 fois par minute et cette tachycardie sans fièvre était presque permanente. Or, il s'agissait d'une adénopathie trachéo-bronchique qui comprimait le pneumogastrique et dont la nature tuberculeuse, établie par moi dès le début des accidents, se révéla huit mois plus tard. Je cite ce fait pour prémunir nos confrères contre une erreur qui leur ferait voir l'hypertension artérielle un peu partout, là où elle n'existe réellement pas. A l'aide des signes qui la révèlent et que j'ai énumérés, je n'ai pas commis cette erreur, et j'ai pu attribuer cette tachycardie à sa vraie cause, et non à la croissance rapide qui s'était manifestée chez ce jeune homme.

Mais, il est utile de se rappeler que l'hypertension artérielle joue un rôle important dans la production des accidents cardiaques de la puberté, et tout dernièrement un médecin distingué de la province, le Dr Fiessinger (d'Oyonnax) confirmait, dans un mémoire à l'Académie de médecine (1889), les recherches que je poursuis depuis longtemps sur cette question. Si cette hypertension artérielle de la puberté n'aboutit jamais, ou presque jamais au développement de lésions artérielles ou cardiaques, analogues à celles de la ménopause, c'est parce qu'elle trouve des parois vasculaires normales, capables de résister à l'effort continu de la masse sanguine. Mais, il était intéressant de démontrer qu'aux deux extrêmes de la vie sexuelle, les accidents cardio-vasculaires sont reliés à la même cause pathogénique, à l'hypertension artérielle.

(*A suivre*) HENRI HUCHARD.

(1) STOCKS (*loc. cit.* p. 524).

Digitized by Google

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

MÉDECINE

Orchite ourlienne sans parotidite par M. Kovacs. — Ce n'est pas d'aujourd'hui que l'on connait les cas frustes de maladies infectieuses, de fièvres éruptives sans éruption. La scarlatine évolue parfois sans qu'on puisse rien remarquer à la peau, l'angine constituant sa seule manifestation morbide et l'embarras serait grand si l'on n'avait pour se guider l'existence d'une épidémie et d'un cas de scarlatine normale dans l'entourage.

Mais cette atténuation plus ou moins prononcée des symptômes extérieurs de la maladie n'appartient pas en propre aux affections exanthématiques, d'autres maladies infectieuses peuvent présenter les mêmes particularités, comme si le poison morbide portait toute son action sur une seule région de l'organisme en dédaignant les autres.

Il se peut alors que l'affection première disparaisse devant une complication, devant une localisation secondaire. Il en est ainsi pour les oreillons qui parfois ne se manifestent que par l'orchite, comme dans les deux cas publiés par l'auteur (*Wiener Klinische Wochenschrift* (1890 n° 21).

Cette forme des oreillons n'est peut-être pas assez connue, elle a de plus un grand intérêt : celui d'affirmer, s'il était besoin, la nature de maladie générale des ourles.

Les deux faits rapportés ont trait aux deux frères absolument indemnes d'affection ourlienne quelconque, dont l'un présenta quelques jours avant le développement d'une orchite, des signes prononcés d'infection générale, fièvre, malaise, etc., et une douleur légère au devant du conduit auditif externe. L'autre n'offrit pas trace de parotidite et l'inflammation testiculaire se montra seule et devint bilatérale. Dans les deux cas l'épididyme resta sain et la guérison se fit sans atrophie de la glande; mais les symptômes généraux furent très marqués. Température à 40° 5, hypertrophie de la rate, peptonurie.

H. G.

La sclérose du myocarde par M. A. Viti. — Les observations analysées par l'auteur sont au nombre de seize, dans lesquelles on a pratiqué avec soin l'examen histologique du myocarde. (*Arch. ital. di Clin. med.* II, 1890).

Voici les principales conclusions de ce mémoire :

1° Le cœur sclérosé est ordinairement augmenté de volume et présente comme lésion constante, la coronarite chronique dont l'existence est liée intimement à la pathogénie de la myocardite scléreuse.

2° Les foyers scléreux peuvent siéger sur le myocarde et le péricarde; mais ils diffèrent de la sclérose vraie, dans laquelle il y a des altérations des artères coronaires.

3° Les dégénérescence du myocarde que l'on rencontre dans ces lésions sont : l'atrophie, la dégénérescence vitrée, la vacualisation des fibres et la dégénérescence granulo-graisseuse.

4° La sclérose myocardique est plus fréquente chez les vieillards que chez les jeunes gens et chez l'homme que chez la femme. C'est une manifestation cardiaque de l'artério-sclérose.

S. R.

THÉRAPEUTIQUE

Des propriétés hémostatiques de la bryone par M. Petresco. — Notre confrère de Roumanie place ce médicament au premier rang parmi les hémostatiques et attribue cette vertu à son action vaso-constrictrice sur les capillaires (*The Med. Chronicle* 1890, t. XII, p. 47.)

Le mode d'administration consiste à faire ingérer de demi-heure en demi-heure, une infusion de racine de bryone. Après la troisième dose, l'effet thérapeutique se produit. M. Petresco recommande cette médication contre les métrorrhagies, les hémoptysies, les hématémèses et les hémorrhagies consécutives à l'accouchement.

S. R.

De la posologie et de l'administration de la créosote dans la phtisie par M. William Flint. — On sait que ce médicament est employé à l'intérieur, en inhalations et en injections intrapulmonaires ou tracheales. M. Flint compare ces modes d'administration et arrive aux conclusions suivantes (*New-York méd. journal*, 26 juillet 1890):

1° Les injections intra-pulmonaires et intra-trachéales de créosote sont peu utiles et peuvent être nuisibles.

2° Ingerée par la bouche ou le rectum, la créosote doit être prescrite en solutions ou en émulsions plutôt qu'en pilules, capsules ou cachets.

3° Le lait est un véhicule excellent pour les émulsions créosotées.

4° La tolérance individuelle des malades pour la créosote est variable. Il faut donc prescrire le médicament d'abord à de faibles doses, essayer cette susceptibilité et graduer ensuite ces doses.

5° Il est important de continuer le traitement créosoté pendant longtemps et sans interruption, de sorte qu'il est utile, dans le cas d'intolérance, de varier le mode d'administration du médicament.

S. R.

TOXICOLOGIE

Deux cas d'empoisonnement par l'atropine par M. M. Owens. — Ce sont deux faits de pratique ophtalmologique. (*The Lancet*, 30 août 1890).

Une jeune fille de douze ans, atteinte d'hypermétropie et d'astigmatisme. Pour l'examen ophtalmologique, on instille entre les paupières deux à trois gouttes d'une solution d'atropine à dix centigrammes pour trente grammes. Ces instillations furent répétées durant deux jours quand elle accusa des symptômes d'intoxication : sécheresse du pharynx, hallucinations sensorielles, délire, congestion faciale, rapidité du pouls, dilatation pupillaire, convulsions tetaniformes.

Un autre malade, un homme de soixante trois ans, atteint de cataracte, reçoit comme traitement préparatoire deux à trois gouttes d'une semblable solution d'atropine. Phénomène de dilatation pupillaire, perte de connaissance, paralysie; congestion faciale, éruption érythémateuse, rapidité des battements du pouls.

On peut constater une différence entre les symptômes nerveux de cet empoisonnement suivant l'âge des deux malades : ici, paralysie ; là, convulsions. Comme traitement : diète lactée; poudre de Dower. Guérison dans les deux cas. Ce sont là des accidents contre lesquels il faut être prévenu.

S. R.

Un cas d'empoisonnement par les baies de mezeréon par M. T. E. Dunne. — Il s'agissait d'une enfant de quatre ans qui avait ingeré les baies de cet arbrisseau. Quand M. Dunne la vit, elle accusait une violente douleur dans la bouche et le pharynx et venait de rejeter par des vomissements des débris d'aliments et de baies de mezeréon. On administra un émétique (*The Brit. med. journal*, 13 sept. 1890).

Néanmoins, la prostration devint extrême, le visage pâle, le pouls fréquent, la pupille dilatée. Il y avait du collapsus, malgré l'administration de toniques energiques. Le lendemain on constatait une amélioration, mais la douleur persistait et il y avait une destruction de la maqueuse buccale et linguale. De plus il y avait une diarrhée, tous phénomènes causés par l'action drastique des baies de mezeréon.

L'action toxique de ce végétal est peu connue, elle mériterait d'être étudiée. Cette observation de M. Dunne le prouve.

S. R.

Digitized by Google

REVUE DES LIVRES

Leçons sur les maladies du larynx, par M. le Dr S.-J. Moure (Octave Doin, Paris, 1890).

Nous avons eu grand plaisir à parcourir les excellentes leçons que vient de publier le docteur Moure ; elles sont l'œuvre d'un bon professeur et d'un praticien exercé qui n'en est pas d'ailleurs à ses premières armes. Il a pu, en quarante-sept leçons, nous donner un exposé à peu près complet de la laryngologie actuelle. Dans les trois premières, il étudie l'importance et les applications de la laryngoscopie et lui consacre tous les détails nécessaires, car c'est la base même de l'étude des maladies du larynx. Dans une série de leçons, il passe en revue les différentes lésions, anémie, congestion, inflammation, tuberculose et syphilis du larynx en insistant bien entendu tantôt sur le diagnostic différentiel et sur le traitement.

La laryngite tuberculeuse est particulièrement bien exposée et différenciée du lupus du larynx et de la laryngite scrofuleuse au point de vue clinique seulement.

Nous n'insisterons pas sur l'étude des troubles de la morbidité et de la sensibilité après examen physiologique des fonctions nerveuses et musculaires auquel il y a peu de chose à redire pour en venir à celles des tumeurs soit bénignes, soit malignes de l'organe vocal, qui ont fait le sujet de notre thèse d'agrégation en 1886.

Nous ne nous arrêterons pour les bénignes qu'au traitement ; nous sommes, avec l'auteur, partisan de la méthode endolaryngée dans tous les cas de tumeurs bénignes ; la thyrecotomie et les diverses laryngotomies doivent être l'exception. Cependant il ne faut pas craindre d'y recourir dans les cas de papillomes multiples ou diffus et la faire précéder toujours, comme l'a dit aussi Moure, de la trachéotomie préliminaire.

Pour le cancer du larynx, nous sommes absolument d'accord avec l'auteur quand il n'admet qu'avec beaucoup de réserves l'extirpation, quand il conseille la trachéotomie palliative, quand enfin il pense que dans les cas tout à fait au début et heureusement diagnostiqués, il y aura lieu de faire la thyrotomie, l'obvasion de la tumeur et la cautérisation énergique de son point d'implantation. Malheureusement nous ne nous trouvons que bien rarement en présence d'examens endolaryngés aussi favorables.

Trois leçons sont consacrées aux trausmatismes du larynx (plaies, fractures, corps étrangers).

Enfin les dernières concernent les complications laryngées de la rougeole, de la scarlatine, de la variole, de la fièvre typhoïde, de l'érysipèle et enfin de l'influenza.

Nous ne pouvons, en terminant, que feliciter le docteur Moure d'avoir donné au public médical l'excellent ouvrage dont cette analyse n'est qu'un reflet incomplet.

Dr E. Schwartz.

Etude sur les empoisonnements alimentaires (microbes et ptomaines), par MM. les Drs Polin et Labit, médecins-majors (Paris, O. Doin, 1890).

Cet ouvrage ne passera pas inaperçu, car il traite avec talent une partie importante et peu explorée de l'hygiène publique. Les auteurs ne se sont pas bornés à donner sur cette question intéressante l'état actuel de la science, ils ont exposé leur opinion personnelle sur la pathogénie si complexe de ces accidents d'intoxication, et se sont prononcés nettement sur la cause qui réside, selon eux, dans la présence et le pouvoir toxique des ptomaïnes. Ils ont fait ressortir l'analogie frappante entre les symptômes observés dans les empoisonnements accidentels et les troubles morbides provoqués chez les animaux par l'inoculation des ptomaïnes ; nous trouvons du reste dans sept des relations qu'ils rapportent la preuve matérielle, la ptomaïne révélée par l'examen chimique. Il n'est point, à notre avis, de plus heureuse méthode de démonstration que celle qui consiste à mettre en lumière l'accord constant de la clinique et l'expérimentation.

C'est à la suite de l'épidémie du camp d'Avor, où nos confrères ont eu l'occasion d'observer 227 cas d'intoxication, par la viande altérée, qu'ils ont eu la pensée d'entreprendre l'étude détaillée des empoisonnements par les divers aliments (viandes altérées, poissons, crustacés, mollusques, fromage, pommes de terre, pain, eau...)

Les auteurs se sont attachés tout d'abord à réunir le plus grand nombre de faits (plus de trois mille cas) ; ils en ont contrôlé l'origine, étudié la nature, discerné la valeur réelle des symptômes, et ont été amenés à signaler comme pathognomoniques des caractères auxquels les observations de cas isolés n'avaient pas accordé l'attention qu'ils méritent. Après nous avoir donné le moyen de reconnaître ces accidents, MM. Polin et Labit nous indiquent le traitement et la prophylaxie. En somme, cet ouvrage nous paraît une page nouvelle de pathologie attentivement observée et soigneusement écrite, que nos lecteurs consulteront avec intérêt. L. C.

Les maladies des oreilles et leur traitement, par M. le Dr Hartmann, traduit par M. le Dr Potiquet (Paris, 1890, Asselin).

Ce livre traduit sur la troisième édition allemande, constitue un bon guide du médecin praticien. Assurément il ne contient pas d'idées bien originales, mais il est clair, méthodique et bien divisé. La partie thérapeutique est bien développée et plus claire qu'on ne le constate généralement dans les ouvrages d'Outre-Rhin. Les procédés d'exploration les plus récents n'ont pas été négligés. En somme, le praticien trouvera profit à lire cet ouvrage qui lui fournira un bon résumé de la science otologique à l'heure actuelle. F. R.

De l'emploi du strophantus dans la thérapeutique infantile, par M. le Dr Moncorvo (de Rio de Janeiro), Paris, 1890, Berthier.

Cette brochure donne les résultats des recherches cliniques de notre très distingué confrère, dont on connait et apprécie en Europe l'infatigable ardeur scientifique.

M. Moncorvo a prescrit la tincture alcoolique au vingtième et à la dose de IV à XVIII gouttes par jour suivant l'âge des malades. Il a vu, dit-il, ce médicament rétablir la tonicité du cœur et le régulariser dans les cas de lésions mitrales et tricuspidiennes, et dans ceux où il existait de l'insuffisance cardiaque avec complications pulmonaires.

Les résultats du traitement ont été durables et jamais les malades n'en ont éprouvé ni troubles nerveux, ni modification de la température.

Ces essais confirment donc les faits que les cliniciens européens ont signalés. Ch. E.

Traité de la pathologie chirurgicale spéciale, par M. le Dr F. Konig, professeur de clinique chirurgicale à Gœttingue, traduit de l'allemand, par J.-R. Comte, chirurgien de l'hôpital de Genève (tome III, 2e fascicule, Lecrosnier et Babé, 1890).

Ce fascicule complète l'étude des maladies des membres inférieurs et présente les mêmes qualités et défauts que ceux qui existent déjà dans les autres. L'on est frappé en lisant, par exemple, la description des piedsbots de ne trouver cité par l'auteur aucun nom français, ni Bouvier, ni Duval, ni Malgaigne, ni Guérin, ni bien d'autres encore, comme si ce chapitre si important de l'orthopédie avait été créé de toutes pièces par Hincter, Henke, Volkmann, etc.

Nous sommes trop habitués à ces procédés de la part de nos voisins pour insister davantage. Dr Schwartz.

Digitized by Google

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

De l'anesthésie locale par les injections de chlorhydrate de cocaïne.

Nous profitons de l'analyse d'un petit mais excellent mémoire publié dans la *Revue médicale de la Suisse Romande* (n° 5, 1890), par M. le docteur Kummer, chirurgien de l'hôpital Busini de Genève, pour dire ce que nous pensons de l'anesthésie locale par la cocaïne et les dangers que présente son emploi.

Après avoir cité un certain nombre de faits graves d'intoxication par le chlorhydrate de cocaïne à des doses relativement petites et en tout cas inférieures à celles données par Reclus et son élève, Isch-Wall, l'auteur rapporte ceux d'intoxication mortelle ; le fameux cas de Columnine, qui se suicida après avoir perdu sa malade; celui publié par Sims et concernant une injection intra-uréthrale pour faire une uréthrotomie. Dans ces deux cas les doses ont été de 1 gr. 5 injectés dans le rectum, 0,75 injectés dans l'urèthre. Il n'est pas sans intérêt de rapprocher de cette dernière observation une autre où, malgré une injection de 1 gr. 25 de cocaïne pour une sciatique, le malade n'a pas été tué mais n'a présenté que des accidents graves.

Il semble démontré, surtout par les expériences de Dudafi de Feinberg, de Tumass et de Mosso, que la cocaïne agit outre son action anesthésique, comme poison irritant les nerfs vaso-moteurs et amène des convulsions par anémie cérébrale. Elle agit encore, et principalement, dans les cas d'intoxication, en déterminant l'arrêt tétanique du diaphragme. C'est Mosso qui a surtout mis ce fait en lumière. Aussi, celui-ci conseille-t-il, dans les cas d'intoxication par la cocaïne, d'administrer du chloroforme ou de l'éther pour faire disparaître le tétanos du diaphragme et de faire la respiration artificielle, si la respiration cesse complètement.

Les chirurgiens et physiologistes ont cherché des moyens pour rendre l'emploi de l'anesthésique inoffensif. Il y a quelque temps déjà Robson et Coming ont appris que par l'emploi de la bande d'Esmarch on peut renforcer et prolonger l'effet de l'anesthésique.

C'est en réfléchissant à ce subterfuge que M. le docteur Kummer a eu l'idée d'instituer des expériences pour savoir s'il n'y aurait pas là un moyen de rendre non seulement plus efficace, mais encore moins dangereux, l'usage de cet alcaloïde.

Ces expériences lui démontrèrent nettement, ce qui était à prévoir, l'effet du tube d'Esmarch qui, en empêchant la résorption, évite le danger d'intoxication ; elles lui permirent de constater en même temps, ce qui est bien connu, qu'une injection suivie d'une opération faisant écouler une partie de la cocaïne, produit une intoxication moins forte ; les injections les plus dangereuses sont, sans conteste, celles qui sont perdues.

Voici comment il procède : il place à la base du doigt, par exemple, une mince bande élastique d'Esmarch ; puis, avec une seringue de Pravaz, il injecte à divers endroits, autour du champ opératoire, quelques gouttes d'une solution de cocaïne au 100e, en ayant soin de comprimer toutes les piqûres pour empêcher l'écoulement du liquide ; huit minutes après l'injection on peut faire n'importe quelle opération. Pour les adultes, il ne dépasse pas 5 centigrammes chez les enfants, la dose doit être moindre. Il a pu faire de la sorte plus de 50 opérations dans des cas de panaris, ongles incarnés, arthrites purulentes des doigts, exostoses subunguéales, verrues, cicatrices hypertrophiques, élongation du nerf médian, ostéite du cubitus, kyste des doigts et du poignet, etc., etc.

Quand il a affaire à une région plus haut située, pour éviter la diffusion de la cocaïne, il place une bande ou un tube élastique à la périphérie, après en avoir mis un du côté du centre. Malgré tout il n'a jamais pu obtenir l'insensibilité osseuse, avec la dose de 5 centigrammes qu'il ne veut pas dépasser.

Il conclut en disant que les dangers d'intoxication sont notablement diminués par l'application de la bande d'Esmarch ou plutôt du tube d'Esmarch qui renforce en même temps l'anesthésie locale, et par une bonne saignée de la plaie ; à ces conditions, on peut, sans danger, employer une injection de 5 centigrammes, au maximum, chez l'adulte, et de 5 milligr. à 1 centigramme chez les enfants de dix ans environ.

Dans les opérations où l'emploi du tube d'Esmarch est impossible, l'on ne pourra insensibiliser que la peau, et dans ce cas une injection de 1 centigramme est suffisante et sans danger.

Les injections perdues, c'est-à-dire celles qui ne sont pas suivies d'opération, sont dangereuses.

Sur tous les points nous sommes absolument de l'avis du docteur Kummer. Nous avons, depuis deux ans, très souvent employé le chlorhydrate de cocaïne comme anesthésique local et nous ne pouvons que nous en féliciter.

Dans les opérations limitées aux extrémités où l'on peut appliquer la bande d'Esmarch, nous avons obtenu une très bonne insensibilisation. Nous nous servions d'une solution au 1/20; c'est-à-dire contenant par seringue de Pravaz 5 centigrammes; la solution doit être fraîchement préparée. Nous commençons par insensibiliser la peau en injectant dans le derme sur la ligne d'incision et de distance en distance, 1 à 2 gouttes du liquide; quand l'injection est bien faite, l'on voit la peau blanchir sur une certaine étendue ; bien entendu cela n'est possible que lorsque le derme est assez épais (peau des membres, du tronc, etc.); au prépuce cela est impossible.

Nous faisons ensuite plusieurs injections profondes tout autour de la partie à enlever, sans jamais dépasser une seringue en tout, soit 5 centigrammes.

Il est très rare de ne pas obtenir de la sorte une anesthésie très complète.

Quand nous opérons sur des parties où la peau n'est pas assez épaisse pour pouvoir être insensibilisée par piqûre intradermique, nous faisons seulement les injections périphériques et nous ne dépassons pas, si le tube d'Esmarch ne peut être placé, 3 centigrammes. Il faut surtout se méfier quand on opère sur la face ou la tête. Les accidents graves sont toujours survenus à propos d'intervention sur ces régions. Aussi ne faut-il pas

Digitized by Google

dépasser de 2 à 3 centigrammes et ne pas hésiter à chloroformer, si l'opération est tant soit peu importante. En résumé, l'anesthésie par les injections de chlorhydrate de cocaïne s'obtient surtout dans les cas d'intervention limitée, surtout des extrémités. Il faut être bien prudent dans son emploi toutes les fois que l'on s'en servira à la face, et éviter autant que possible les injections perdues.

Dr Schwartz,
Professeur agrégé à la Faculté de Paris, Chirurgien de la Maison de Santé.

TRAVAUX ORIGINAUX

Septicémie aiguë d'origine contagieuse

par M. le Dr E. Bloch. (1)

Les deux malades qui font le sujet de ce travail présentent une histoire particulièrement intéressante, qu'il ma paru utile de relater.

Dans un premier cas il s'agit d'une complication de la grippe dont je ne connais personnellement que fort peu d'exemples : d'une infection purulente à marche prolongée qui s'est terminée par la mort environ trois mois et demi après le début de l'influenza. La deuxième observation a trait à une personne bien portante d'ordinaire, parente de la première, qui, en lui donnant des soins, a été atteinte d'une septicémie aiguë à marche rapide et à évolution fatale, sans qu'aucune cause spéciale, si ce n'est le surmenage et l'angine du début, n'ait pu nous expliquer l'étiologie de cette contagion.

La première observation ne m'est pas personnelle, car je n'ai pas suivi régulièrement la maladie ; mais je tiens à la présenter d'une façon succincte afin de bien faire saisir la marche de l'affection chez mon deuxième malade et les raisons qui me décident en faveur d'une origine contagieuse.

Au mois de février dernier un de mes clients me priait de venir voir, avec le médecin traitant, une de ses parentes habitant Vincennes, qui était malade depuis près de deux mois et dont l'affection lui inspirait de très grandes inquiétudes. En consultation avec M. le docteur Pachot (de Vincennes) j'appris les faits suivants :

Obs. I. — Vers le milieu de décembre, Mme X..., jusqu'alors bien portante, avait été atteinte de grippe épidémique. Cette affection peu grave chez elle et de courte durée, s'était compliquée pendant la convalescence, d'une otite suppurée qui persista pendant tout le mois de décembre. Malgré cela, bien que très fatiguée, Mme X... se levait et vaquait à ses occupations habituelles lorsque dans les premiers jours de janvier elle fut forcée de s'aliter, reprise de fièvre, de frissons et d'une grande prostration. En même temps survinrent des épistaxis, une céphalalgie intense, des troubles abdominaux (météorisme, diarrhée) en sorte que l'idée de mon confrère fut celle de dothienentérie, idée partagée par M. le docteur Landrieux appelé en consultation.

Cependant la marche ultérieure de la maladie ne vint pas confirmer ce diagnostic. La température très élevée au début et à marche continue prit un caractère remittent (37 à 37,5 le matin; 39 à 40 le soir). La diarrhée cessa dès la première semaine; en même temps l'articulation de la première phalange du pouce gauche se tuméfia et fut, peu après, le siège d'une suppuration et d'une désorganisation complète. Puis un phlegmon à marche torpide se produisit à la partie externe et inférieure de la cuisse gauche, phlegmon qui fut ouvert et drainé par le médecin traitant. Une autre collection purulente symétrique à la première se fit à la cuisse droite. Le cœur, indemne jusqu'alors, devint le siège d'un léger bruit de souffle ; la base du poumon se congestionna, le foie légèrement augmenté de volume devint un peu douloureux à la pression. Rien de particulier du côté de la rate. La langue était sèche, l'appétit assez bien conservé.

Tel était l'état de la malade lors de notre consultation et l'idée qui se dégageait de tous ces symptômes, idée partagée par mon confrère, était qu'il s'agissait d'une infection purulente à début typhoïde, à marche ultérieure subaiguë. Ce fut également l'opinion de M. le Dr Hanot, que nous convinmes de demander avec nous.

Sans vouloir discuter ici la question de doctrine qui soulève cette septicémie secondaire à la grippe et sans entrer dans les détails bactériologiques relatifs à cette question, qui ne sont pas de notre compétence particulière, nous devions admettre que l'influenza, comme toute autre maladie infectieuse, avait préparé un terrain favorable à l'éclosion d'accidents pyohémiques, accidents signalés du reste dans le cours de simples suppurations locales (otites, amygdalites, métrites, etc.)

Malgré la thérapeutique active qui fut instituée dès le début de cette complication (quinine, alcool à haute dose, digitale), la maladie s'aggrava graduellement et la patiente succomba environ six semaines après notre consultation, c'est-à-dire trois mois et demi après le début de l'affection.

J'arrive à la deuxième observation qui m'est personnelle.

Obs. II. — Le 22 mars, au matin, j'étais demandé auprès de M. X..., boucher, parent de la personne dont il vient d'être question.

Agé de 31 ans, de constitution vigoureuse, X... ne présente aucun antécédent morbide, héréditaire ou acquis. Il n'a jamais eu de maladies graves ou contagieuses. La santé était parfaite dans ces derniers temps, et ce n'est que depuis deux jours qu'il accuse une douleur vive de la gorge avec gêne notable de la déglutition pour laquelle il me fait demander.

Voici les renseignements sur l'origine de cette affection :

M. X..., qui allait voir plusieurs fois par jour sa parente malade, avait veillé auprès d'elle toute la nuit du 17 au 18 mars. Le lendemain, malgré une grande fatigue, il avait vaqué toute la journée à ses occupations. Il se coucha fort tard, ressentant une courbature générale et une gêne de la déglutition. Le sommeil fut agité, et malgré son mauvais état, il fit, le lendemain, son travail habituel. La journée et la nuit furent plus mauvaises encore que la veille, et c'est le lendemain, 22 mars, que je le vis pour la première fois. Je trouvais X... très fatigué, les traits tirés, le teint terreux; la gorge présentait une rougeur diffuse de toute la région pharyngienne, les amygdales et le voile du palais étaient tuméfiés ; fièvre modérée ; pouls à 112 ; langue chargée et humide. En présence de ces symptômes, en somme peu alarmants, je ne pouvais poser que le diagnostic d'angine catarrhale d'un pronostic bénin. Je conseillais le repos au lit, un purgatif, et j'ordonnais un peu d'antipyrine et un gargarisme boriqué. Cet état persiste pendant deux jours, au bout desquels le mal de gorge disparait, mais l'état général reste toujours mauvais.

Le jeudi, 25, je revois le malade qui, toujours très prostré, appelle mon attention sur un autre symptôme : une tuméfaction douloureuse du testicule gauche, survenue depuis la veille.

L'épididyme et le cordon sont douloureux à la palpation. La fièvre est intense, le teint subictérique, l'abattement extrême. Je songeais tout d'abord à une épididymite blennorrhagique, ce qui me paraissait d'autant plus vraisemblable qu'il existait un léger suintement uréthral. Mais, je dus renoncer à cette étiologie, le malade m'affirmant que depuis son service militaire, c'est-à-dire depuis dix ans, il n'avait pas eu de blennorrhagie, et qu'il constatait depuis ce moment, de temps à

(1) *Société médico-pratique.*

Digitized by Google

autre, un léger suintement qui ne le gênait pas et dont il ne s'était jamais soigné.

S'agissait-il d'une recrudescence de cette blennorrhée ancienne avec orchite consécutive? Ou bien était-ce là une complication directe de l'amygdalite? Je me rattachais d'autant plus volontiers à cette seconde manière de voir que les symptômes généraux étaient peu en rapport avec une simple orchite blennorrhagique. La température était au-dessus de 40°, le teint subictérique, les urines hémaphéiques, légèrement albumineuses. Il existait une légère excitation cérébrale, de tremblement de la parole, de la carpholagie. Tous ces phénomènes indiquaient un état infectieux très accusé.

La veille le malade avait eu un léger épistaxis qui se répéta trois fois le lendemain. Dès ce moment il se plaint d'une douleur de l'épaule droite sans œdème ni gonflement apparent.

Dans la soirée il y eut du délire, des nausées suivies de vomissements; douleur aiguë dans le genou gauche.

Le lendemain 26, teint plus ictérique, urines de couleur acajou, la douleur de l'épaule a disparu, mais le genou est extrêmement sensible, épanchement assez abondant, T. 41°, P. 120. La douleur du testicule a diminué.

Le Dr Hanot appelé en consultation le même jour, pense comme moi qu'il s'agissait d'un état septicémique aigu avec orchite et pseudo-rhumatisme infectieux, indépendant de toute origine blennorrhagique, que ces accidents pouvaient être le fait de la contagion et que l'amygdalite pouvait en être la porte d'entrée.

Le pronostic fut jugé très grave et nous décidâmes de continuer la médication instituée, c'est-à-dire acide salicylique et sulfate de quinine, 1 gramme de chaque par jour, alcool à haute dose, digitale et ultérieurement caféine (1 gramme par 24 heures), régime lacté (2 à 3 litres par jour). La situation fut à peu près la même les jours suivants. A une amélioration passagère de quelques jours succéda une aggravation caractérisée par du délire, des températures hyperthermiques, des poussées douloureuses dans diverses articulations, du gonflement hépatique, de la péricardite sèche avec souffle d'endocardite.

MM. Hanot et Ballet qui revirent le malade avec moi, jugèrent le pronostic très défavorable et décidèrent qu'il y avait lieu d'insister de plus en plus sur le traitement employé en y adjoignant des inhalations d'oxygène.

Le 2 avril, nouveau symptôme : la région olécrânienne gauche est le siège d'une rougeur diffuse occupant toute la partie postérieure du coude; en même temps fièvre toujours très élevée, agitation, idées délirantes, langue sèche, sueurs profuses, respiration accélérée. Le mardi 5, on constate au niveau de l'olécrane une fluctuation manifeste. L'incision large que je fis immédiatement, donna issue à du pus couleur chocolat, à des lambeaux de tissu cellulaire nécrosé (pansement à l'iodoforme et au sublimé). Eschare à la fesse droite d'une dimension d'une pièce de 5 francs entourée d'une zone érysipélateuse assez étendue.

Les jours suivants l'état devient plus mauvais encore, le malade a des tremblements, de la carphologie, des alternatives de délire et d'assoupissement, des vomissements bilieux et alimentaires, la parole est presque inintelligible.

Malgré la médication énergique (quinquina, champagne, injections d'éther et de caféine, inhalations d'oxygène) la prostration augmente, le cœur s'affaiblit, la respiration devient de plus en plus embarrassée et le malade succomba dans la nuit du 12 au 13.

Ces deux observations m'ont paru intéressantes à plusieurs titres.

Dans la première, nous voyons une manifestation secondaire de la grippe : l'otite déterminer une véritable pyohémie semblable comme évolution à celle qu'on observe à la suite des infections chirurgicales, puerpérales, ou secondaires à d'autres affections microbiennes, telles que la fièvre typhoïde, la variole, l'érysipèle, la scarlatine, etc. Des observations semblables viennent d'être signalées à l'Académie dans un travail de M. Verneuil, et des faits analogues ont fait le sujet d'une thèse inaugurale récente de M. Lehmann.

Il ne paraît pas douteux que, dans mon premier cas, la suppuration de l'oreille n'ait été le point de départ de l'infection, et l'on peut, malgré l'absence d'examen bactériologique, supposer une généralisation de streptocoques; l'otite à streptocoques étant, pour M. Netter, la plus fréquente et surtout la plus grave au point de vue des complications.

Ce qui est également intéressant dans cette première observation, c'est la marche rémittente et lente (trois mois et demi) de la pyohémie. Cette modalité clinique de l'infection purulente, bien que connue, n'est pas fréquente et mérite d'être signalée.

J'arrive à la seconde observation, qui présente un intérêt plus grand encore et qui me paraît un fait indéniable de septicémie aiguë d'origine contagieuse, dont le début, l'inflammation des amygdales, marque la porte d'entrée.

L'idée de faire de l'amygdale la porte d'entrée de germes pouvant déterminer une infection générale de l'organisme n'est pas nouvelle. MM. Bouchard et Landouzy ont décrit une amygdalite infectieuse, voulant indiquer par cette expression la prédominance des phénomènes généraux sur les symptômes locaux, et montrant ainsi que l'inflammation gutturale est l'expression locale d'un état général sérieux. Cette idée se comprend d'autant mieux que l'on sait que les anfractuosités, les cryptes amygdaliennes, sont peuplées de microbes variés, les uns inoffensifs, d'autres certainement pathogènes (microbes pyogènes : staphylocoques, streptocoques, pneumocoques). Ces microbes peuvent vivre un temps indéterminé sans aucun inconvénient pour le sujet sur lequel elles sont greffées; mais arrive la moindre déchéance de l'organisme, que l'amygdale soit désorganisé par l'inflammation, de graves accidents peuvent surgir.

Pour MM. Bouchard et Landouzy, toute angine est dans ce cas. Si le sujet est en état de réceptivité, s'il est surmené, déprimé moralement, les deux facteurs qui interviennent pour protéger l'organisme, la phagocytose et la diapédèse, ne se feront plus normalement, et les microbes transportés dans la circulation lymphatique iront infecter le corps entier.

La meilleure preuve de la nature infectieuse de certaines angines, c'est la fréquence relative de l'albumine, l'existence de néphrites, absolument comme dans le cours ou au déclin de fièvres graves. Mais l'existence de l'orchite, de pseudo-rhumatisme, de suppurations diverses, d'érysipèle infectieux n'est pas extrêmement rare, et plusieurs cas de ce genre ont été signalés isolément. Sans vouloir entrer dans une bibliographie complète de ces cas, je signalerai, en ce qui concerne l'orchite, le travail paru dans les *Archives de médecine* de 1886, de M. Joal, qui cite plusieurs observations de manifestations inflammatoires des organes génitaux (orchite ou ovarite) à la suite de l'angine. Cette orchite amygdalienne est analogue à l'orchite ourlienne ou typhoïde; la résolution en est habituelle. Son apparition a lieu surtout au moment du déclin du mal de gorge.

Digitized by Google

M. Joal admet qu'il s'agit là d'une infection, mais le point de départ n'en serait pas, pour lui, l'amygdale. Cette question de doctrine ne me paraît devoir être discutée ici. M. Joal, du reste, ne fait qu'une hypothèse et n'apporte aucune preuve à l'appui de son dire.

Quant aux manifestations articulaires, elles ne sont pas rares et elles ont souvent fait croire à la nature rhumatismale de l'angine.

Nombre d'auteurs français, M. de Lapersonne, dans sa thèse d'agrégation; MM. Gaucher et Bourdel, citent des cas de pseudo-rhumatismes et d'arthrites suppurées à la suite de fièvres amygdaliennes.

Enfin, nous trouvons dans la littérature médicale (Fraenkel, Furbringer, etc.) des observations semblables où l'on mentionne la présence à la surface des amygdales de streptocoques, staphylocoques, etc.

Je ne veux pas insister sur ces faits, d'autant plus nombreux aujourd'hui qu'on les étudie mieux. Le cas que je viens de relater m'a paru particulièrement intéressant, car, dans aucun de ceux que j'ai signalés, je n'ai pu trouver un ensemble de manifestations septicémiques aussi nettes et aussi variées, et dans aucun d'eux l'étiologie n'a paru aussi précise.

A tous ces points de vue, j'ai pensé qu'il était bon de publier cette observation qui, outre l'intérêt clinique, montre l'importance des mesures prophylactiques qu'il y aurait à prendre en pareil cas.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

CHIRURGIE

I. Traitement des contusions de la tête. — Deux cas se présentent : 1° il y a *simples contusions du cuir chevelu;* 2° il y a *contusions des os du crâne.* M. Laguaite qui reconnait la validité de cette distinction, conseille le traitement suivant :

1°. Contusions du cuir chevelu. — Applications résolutives : eau froide, eau blanche, alcool camphré.

Contre, les bosses sanguines : compression ou écrasement.

La compression s'obtient au moyen d'une compresse placée et maintenue par une bande fortement serrée.

L'écrasement se fait avec les pouces, une pièce de monnaie ou un corps résistant. Il ne convient que si la bosse est sanguine et récente.

Si la bosse sanguine est située à l'ouverture d'une artère, comprimer celle-ci à distance.

La bosse sanguine se termine-t-elle par suppuration. Ouvrir l'*abcès*, le vider, laver sa cavité avec l'eau phéniquée forte ou la solution de chlorure de zinc, et le drainer.

Se termine-t-elle par des *indurations fibreuses?* Appliquer les pointes de feu, la teinture d'iode ou des pommades iodurées.

2°. Contusions des os du crane. — Incision exploratrice pour reconnaître l'état des os. En l'absence de lésions, on réapplique les lambeaux. Existe-t-il une lésion? Trépanation quand le périoste est décollé et l'os déprimé et décoloré.

DERMATOLOGIE

II. Des préparations à l'huile de baleine— Cette huile, l'état de pureté, possède, d'après Guldberg (de Christiania), la propriété de pénétrer rapidement l'epiderme. C'est une vertu que, depuis des siècles, l'opinion publique lui reconnaît en Norwège.

M. Bœck propose son emploi, comme excipient, dans les préparations suivantes :

1° *Liniment chloroformé à l'huile de baleine :*

Huile de baleine..... } ãã
Chloroforme..... }
F. s. a. mêmes usages que l'huile chloroformée classique.

2° *Pommade à l'aristol et à l'huile de baleine* (Bœck) :

Aristol.....	10	grammes
Cire blanche	20	—
Huile de baleine.....	80	—

3° *Pommade à l'iodoforme et à l'huile de baleine :*

Iodoforme.....	10	grammes
Huile de baleine.....	80	—
Cire blanche.....	20	—

Erratum.— Dans les *Renseignements cliniques et thérapeutiques*, n° 38 (17 septembre 1890), lire *digitaline chloroformique du codex*, 0,020 milligrammes, au lieu de 0,20 centigrammes.

La formule de M. Carles doit donc être rétablie ainsi :

Digitaline chloroformique du codex...	0 020	milligr.
Alcool.....	10	grammes
Eau chloroformée.....	90	—

Chaque cuillerée à café contient 0,001 milligrammes de digitaline.

S. R.

LA RÉFORME DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Le concours de chirurgie dans les hôpitaux (1)

Je ne veux d'ailleurs pas combattre le principe du concours, mais seulement son dispositif actuel.

Au premier abord le concours, tel qu'il est, semble une institution admirable. Les juges sont tirés au sort, les questions aussi, les épreuves sont publiques, que faut-il de mieux pour satisfaire les plus difficiles?

En fait ce système merveilleux donne de mauvais résultats. Comme l'a montré M. Huchard, pendant tout le temps de la préparation il frappe de stérilité ceux qui s'y destinent. Bien plus, pour ceux qui ont concouru longtemps, cette stérilité est souvent définitive.

Je viens de dire que le concours actuel rendait les candidats incapables de travailler à des recherches personnelles.

En effet, en chirurgie du moins, il faut, pour être prêt à affronter les épreuves avec quelques chances de succès, il faut, dis-je, avoir préparé 2 à 300 questions qui chacune réclament de 6 à 8 heures de travail. C'est

(1) Suite : Voir : n° 38.

Digitized by Google

dire que la préparation du programme ne demande pas moins de trois à quatre années d'un labeur soutenu. Une fois cette tâche remplie, le candidat aura encore assez à faire de repasser ce qu il a appris et de se mettre au courant de ce qui paraît dans les publications périodiques.

Je disais encore que les travaux personnels sont inutiles pour le concours et que, parfois, ils avaient nui à leurs auteurs. Il faut voir avec quel dédain certains juges traitent les candidats qui, malgré les obstacles, sont arrivés à faire quelques recherches, surtout quand il s'agit de travaux de laboratoire. « Vous faites des épreuves qui sentent leur laboratoire d'une lieue », disent-ils ; ou bien encore : « Vous avez oublié que vous aviez un homme à soigner et non pas un cobaye ». N'est-il pas inouï de penser que l'on peut faire un crime à un candidat de vouloir appliquer à la thérapeutique les découvertes de la science moderne?

On concourt généralement de vingt-neuf à trente-cinq ans, et certes il faut être bien fortement trempé pour supporter sans déchoir d'aussi terribles assauts que cette préparation prolongée, interrompue chaque année par des mois d'émotions angoissantes.

C'est pourquoi les candidats qui concourent longtemps sont trop souvent frappés de stérilité définitive. Je dirai même que le résultat est d'autant plus à craindre que l'individu est plus distingué, plus affiné. Et s'il est vrai qu'un petit nombre d'esprits vraiment supérieurs ont pu résister à toutes les causes d'amoindrissement, toujours est-il que la plupart ne sauraient supporter sans déchéance intellectuelle le travail d'apprendre par cœur et l'émotion de jouer tous les ans leur vie sur des épreuves où le hasard et les protections ont une part autrement considérable que le mérite du candidat.

En vérité, c'est surtout dans cette préparation prolongée que gît le mal; et, si tous les candidats arrivaient vers leur trentième année, on pourrait passer l'éponge sur les inconvénients du concours, institution humaine après tout et sujette comme toutes les autres à des imperfections inévitables

Mais s'il est impossible d'arriver plus tôt — (en raison de la pénurie des places et du nombre des candidats), — du moins on peut faire que les six ou sept années de concours, d'efforts stériles et d'émotions épuisantes soient remplacées par un travail sage, intelligent, profitable à la science et à la patrie française.

Tout ce que je viens de dire de l'influence stérilisante du concours a été admirablement mis en lumière par M. Huchard pour ce qui concerne la médecine. Il n'était pas inutile, je pense, de le redire pour la chirurgie.

Encore, si le concours était juste? Mais il est bien difficile qu'il en soit ainsi toujours.

Comment se fait-il que notre système de concours nous donne souvent les résultats suivants : nominations de candidats médiocres sur des épreuves médiocres ; nominations de mauvais candidats sur des épreuves relativement bonnes ; ou bien encore, nominations de gens distingués sur de mauvaises épreuves? Tandis que la nomination des hommes de valeur, avec de bonnes épreuves, est relativement rare? C'est ce que nous allons rechercher ensemble.

D'abord on désigne par voie de tirage au sort sept juges, dont six chirurgiens et un médecin. Ces sept juges ont plein pouvoir pour faire la nomination comme il leur plaira. Pourquoi ce chiffre restreint, qui rend les cabales si faciles en même temps que si dangereuses? La composition du jury présente en effet une importance telle, que les candidats ont contume de dire que le tirage au sort des juges, constitue l'épreuve la plus importante du concours. Cela est vrai d'ailleurs et chacun sait qu'avec tel ou tel jury il passera presque sûrement ou sera fatalement ajourné.

Remarquons ensuite que, dans les questions discutées, ce sera toujours le médecin, juge souvent incompétent, qui viendra faire la majorité.

Les candidats malins le savent et cherchent, par tous les moyens, à s'attirer les faveurs de ce juge omnipotent.

D'autre part, il y a presque toujours dans le jury un ou plusieurs professeurs, et l'on sait l'influence énorme de ces maîtres. Ils ont plein pouvoir sur certains juges plus jeunes qui ont été leurs internes ; quant aux agrégés qui font partie du concours, on ne se rappelle pas les avoir vus souvent se mettre en opposition avec les arbitres qui pourraient les nommer eux-mêmes au professorat.

Les membres de l'Académie ont aussi une influence considérable sur les juges qui convoitent d'entrer dans cette noble compagnie.

Mais les juges de beaucoup les plus redoutables sont les membres de l'Institut qui tiennent, sous leur domination tyrannique, tous les professeurs qui aspirent à siéger sous la coupole, et qui, par ricochet, mènent à volonté les élèves des professeurs et les agrégés quels qu'ils soient.

Aussi un membre de l'Institut fait-il ce qu'il veut dans un concours.

Epreuves bonnes ou mauvaises, tout lui est égal, n'est-il pas maître absolu ?

Cependant, je dois à la vérité de dire que parmi les membres de l'Institut, M. Verneuil se fait remarquer par un rare esprit de justice.

Et la nature des épreuves? Quelle matière à discussion !

Je n'ai que peu de choses à dire des épreuves théoriques ; elles sont stérilisantes, nous l'avons montré ; cependant, si les juges étaient toujours justes, il leur serait facile de s'entendre sur la valeur de ces épreuves.

Mais il n'en est pas de même des épreuves pratiques actuelles, très mal conçues en soi. Les épreuves cliniques sont une affaire de hasard; vous pouvez tomber sur un diagnostic qui crève les yeux ou sur un malade impossible à débrouiller en dix minutes. Que dire de l'épreuve de médecine opératoire qui consiste en une ligature et une amputation. L'amputation sera presque toujours faite correctement par le candidat bien préparé et adroit. Mais la ligature! Est-il rien de plus

Digitized by Google

aléatoire? Que ceux qui ont passé par le concours me répondent!

Encore si l'on donnait au candidat plusieurs ligatures à faire, celui qui sait montrerait qu'il peut avoir une défaillance passagère, mais que son instruction est cependant sérieuse. Et puis, entre nous, la ligature est-elle une opération de chirurgie courante? Est-il beaucoup de chirurgiens qui en aient fait plus de quatre ou cinq sur le vivant, à la fin de leur carrière?

Quelle que soit l'espèce ou la nature des épreuves, le candidat est obligé de mettre sous ses pieds ses convictions personnelles; s'il le faut, il devra faire l'éloge d'un procédé suranné, adopter une idée erronée pour faire plaisir à certains juges, et dans quelques cas, on exigera de lui qu'il lance l'anathème contre l'antisepsie.

On s'étonne qu'après de pareilles pratiques, il reste encore au cœur du candidat un peu de dignité et d'honnêteté professionnelles; heureusement, de l'excès du mal naît le remède et il n'est pas un seul de ceux qui ont été obligés de se plier à ces besognes qui n'ait senti sa conscience se soulever d'indignation.

Les épreuves sont finies, voilà les juges en séance. A huis bien clos, ils peuvent se permettre de dire tout ce qu'ils veulent pour ou contre chaque candidat. On a vu des juges soutenir des opinions qu'ils savaient fausses pour faire triompher ou abattre tel ou tel candidat.

Parfois quand le jury est d'accord pour une injustice, chacun, pris en particulier, se défend ensuite d'avoir voté pour le favori alors qu'il est certain que tous lui ont donné leur voix.

Quelle que soit la valeur d'un candidat il lui faut, pour arriver, faire partie d'une combinaison. Voilà ce que j'entends par là; trois juges d'un côté, trois juges de l'autre veulent chacun un candidat différent; le septième juge peut, par son vote, faire pencher la balance du côté qu'il désire. Alors on va trouver ce septième juge et on lui tient ce petit discours: « Donnez-nous votre voix pour notre candidat, nous voterons tous trois pour le vôtre. »

Après bien des compromissions, des promesses et des marchandages, on tombe d'accord sur les notes à attribuer à chacun.

Quand les épreuves ont été bien jugées, chaque juge sort posément, la tête haute, et raconte ses impressions aux candidats. Quand il en est autrement, ils sortent furtifs en courant et crient: « Je n'ai pas les notes, demandez-les au garçon. » A la Faculté, après les épreuves mal jugées, la sortie est une véritable déroute, les juges filent par la petite porte de derrière comme des gens qui viennent de faire un mauvais coup.

On voit combien M. Huchard avait raison de dire: « Concours inutile quand il ratifie le choix de l'opinion publique, concours injuste quand il fait nommer à la faveur les candidats qui ont leur jury. »

Tels sont les dessous des concours actuels, il faudrait posséder une forte dose d'optimisme pour les trouver satisfaisants.

Et cependant, cette institution si insuffisante, on est encore réduite dans certains cas à se féliciter qu'elle soit injuste. Quand un candidat de valeur a fait un faux pas dans ces épreuves où le hasard est le maître souverain-on est souvent heureux qu'un homme éminent ait le courage de dire: « Je me moque des épreuves, je vote pour un tel parce qu'il est le plus digne. » On attribue à l'un des esprits les plus éminents de ce siècle, j'ai nommé M. Charcot, qui, lui aussi, a eu à souffrir des concours malgré son génie et qui voudrait les voir remplacés par quelque chose de mieux, ce mot bien vrai qui vaut tout ce qu'on peut écrire là-dessus: « Le concours c'est une fille qu'on viole. »

(*A suivre.*)

Dr H. Chaput.
Chirurgien des Hôpitaux.

LETTRES D'ALLEMAGNE

Autour du Congrès de Berlin

I. *L'enseignement médical en Allemagne.* — II. *Le régime des examens de médecine.* — III. *Les réformes proposées.*

Puisqu'il n'est présentement que comparaison entre l'enseignement médical en Allemagne et celui qu'on donne céans, il serait peut-être intéressant de montrer la nature et le mode des examens chez nos voisins. Il nous est d'autant plus facile de le faire que l'*Aerzliche Central Anzeiger* a fait paraître dans les nos 21, 22 et 23 de cette année un compte rendu des diverses commissions (Leipzig, Berlin, Munich) chargées d'indiquer les réformes à introduire dans les épreuves. Nous pourrons donc non-seulement vous renseigner sur ce qui se fait, mais sur ce qui se fera sous peu.

Le premier examen, examen prémonitoire (*Vorprüfung*), est oral, présidé par le doyen; il comprend: l'anatomie, la physiologie, la physique, la chimie et minéralogie (connaissances générales), la zoologie (éléments d'anatomie et de physiologie comparés), botanique (plantes officinales, éléments d'anatomie et de physiologie végétales).

L'interrogatoire dure environ un quart d'heure sur chaque matière. Les examinateurs sont les professeurs spéciaux à chacune des branches de l'examen, sauf pour la zoologie où le professeur d'anatomie peut siéger. Les notes de zoologie et de botanique sont réunies; les autres sont séparées. Ces notes (*prædikate*) sont: très-bien (n° 1), bien (n° 2), satisfait (n° 3), non-satisfait (n° 4), mal (n° 5). A la fin de chaque examen, les notes sont additionnées et divisées par 5, toute fraction compte pour une unité.

Les notes n° 4 et n° 5 ou censures exposent le candidat à recommencer l'examen, en partie, 6 semaines (n° 4) à 3 mois (n° 5) après l'échec, au moins; en totalité, 3 mois (n° 4) à 6 mois (n° 5), d'après l'avis du président.

Pour pouvoir subir cet examen, l'élève doit fournir un certificat d'humanités (*humanistiches Reifezeugnis*) et avoir fait deux années d'études médicales.

Les réformes demandées consisteraient pour l'anatomie (Berlin, Munich), pour la physiologie (Berlin), à

Digitized by Google

rehausser le niveau de cette partie de l'examen, et à la supprimer dans l'examen d'État. A la chimie, on voudrait ajouter (Berlin) des travaux pratiques et des applications à la pharmacie ; la minéralogie serait supprimée (Leipzig) ou réduite aux éléments (Munich). La botanique et la zoologie doivent avoir un programme plus restreint et bien limité (Leipzig, Munich) avec des applications à la pharmacie (Berlin).

Au point de vue de l'examen, on voudrait le faire subir en 2 jours et que chaque interrogatoire durât plus de 15 minutes (Munich). Deux mois semblent trop courts comme date d'ajournement, et une seule note n° 4, n° 5, entraînerait le refus pour l'examen en totalité (Berlin).

Après ce premier examen ressemblant à nos examens de fin d'année, vient l'examen final, l'examen d'Etat (*Haupt-oder Schlussprüfung*, *Stats-examen*). Pour être admis à le subir, le candidat doit fournir le certificat d'humanités, celui de l'examen prémonitoire (*Vorprüfung*), avoir quatre ans et demi d'études médicales, dont au moins deux depuis le premier examen, et pendant lesquelles il a fait au moins un an de stage dans une clinique chirurgicale, un an dans une clinique médicale, un an dans une clinique d'accouchement, six mois dans une clinique ophthalmologique, fait deux accouchements et appris la vaccination.

La commission de Berlin demanderait les réformes suivantes: 1° outre le certificat d'assiduité aux cliniques, l'histoire de deux malades (chirurgie, médecine, accouchement), d'un malade (psychiatrie, ophthalmologie, otologie, maladies des enfants); 2° quatre accouchements au lieu de deux; 3° un semestre de propédeutique médicale (auscultation, percussion, diagnostic chimique et microscopique, ordonnances); un semestre de propédeutique chirurgicale (instruments, bandages); 4° un cours de gynécologie ; 5° un semestre d'enseignement d'ophthalmologie, otologie, psychiatrie et neuropathologie, maladies des enfants, laryngologie, dermatologie et syphilis, hygiène, médecine légale; 6° un cours d'un mois de bactériologie; 7° un cours de médecine opératoire, avec certificat des opérations effectuées par l'élève ; 8° un semestre comme médecin en second (*Unterazt*) dans un hôpital (Berlin) ou même un an (Munich).

Leipzig et Munich voudraient cinq années d'étude.

Cet examen final dure neuf jours et comprend plusieurs parties :

I. *Anatomie* (3 parties, 1 examinateur) :

1° Epreuve d'anatomie topographique ou découverte et démonstration sur le cadavre ;

2° *a*) Préparation et démonstration;

b) Deux questions d'anatomie descriptive extemporanées sans limite de temps, une d'ostéologie, une de splanchnologie, névrologie ou angiologie ;

3° Préparation microscopique, une question orale d'histologie.

L'ajournement est prononcé, pour toute cette partie, pour une seule note n° 4 ou n° 5.

II. *Physiologie*. Deux questions orales (1 partie, 1 examinateur) :

Les commissions de réformes tendent à rejeter cette partie de l'examen sur l'examen prémonitoire (Berlin) et ne laisser subsister que les applications de l'anatomie et de la physiologie à la médecine pratique.

III. *Anatomie pathologique*, pathologie générale (2 parties, 1 examinateur):

1° Autopsie, avec rédaction;

2° *a*) Pièces anatomo-pathologiques à l'œil nu et au microscope;

b) Deux questions orales, anatomie pathologique, pathologie générale.

Deux notes n° 4 ou n° 5 entraînent l'ajournement de toute cette partie.

Munich voudrait supprimer la question orale d'anatomie pathologique.

IV. *Chirurgie, ophthalmologie* (4 parties, 3 examinateurs, 1 chirurgien, 1 ophthalmologiste. — L'examen dure 9 jours):

a) Chirurgie clinique: 1° deux cas de chirurgie, un chez chaque examinateur, visite des malades une fois chaque jour, observation complète, traitement;

2° Sept jours d'examen au lit des malades par les 2 juges ,3 fois au moins chacun.

Chaque juge peut prononcer l'ajournement général.

b) Chirurgie opératoire : 1° Une question orale de médecine opératoire, opérations sur le cadavre ; 2° Question sur les fractures et les luxations; appareils sur le mannequin. Deux notes 4 ou 5 pour l'ajournement ;

c) Ophthalmologie : Un malade d'yeux, observation, traitement.

3 jours d'examen au lit des malades.

Quatre notes n° 4 ou n° 5 entraînent l'ajournement.

On voudrait réduire l'examen à 6 jours (Munich), 3 pour chaque juge, et simplifier l'examen d'ophthalmologie et le fondre avec celui d'otologie. Pas d'observation (Berlin).

V. *Médecine* (2 parties, 2 ou 3 examinateurs) :

1° *a*) Comme pour la chirurgie clinique;

b) Pendant la semaine d'examen au lit du malade, cas de maladies des enfants et de psychiatrie;

2° Thérapeutique (1 examinateur). Ecrit: 4 formules, 4 doses maxima; oral: pharmacologie, toxicologie, 2 questions au sort.

Deux notes 4 ou 5 font ajourner pour toute l'épreuve.

VI. *Accouchement, gynécologie* (2 parties, 2 examinateurs) :

1° *a*) Un accouchement, observation, visite pendant sept jours, examen de l'accouchée tous les deux jours, de l'enfant tous les jours ;

b) 7 jours d'examen au lit du malade, accouchement et gynécologie;

2° Diagnostic et opération (forceps, version sur le mannequin).

Ajournement: 2 notes 4 et 5.

On serait d'avis de réduire à 4 jours l'examen (Munich), de supprimer l'observation (Berlin), puisqu'on exige un certificat de stage.

Digitized by Google

VII. *Hygiène.* — Oral (président et un examinateur, 2 parties):

1° Deux questions tirées au sort (15 minutes chacune);

2° Sur la vaccination ;

Pas d'examen de médecine légale, le certificat suffit.

Il faut deux notes 4 ou 5 pour être ajourné. Sept de ces notes amènent le refus de l'élève pour toutes les branches.

Nous ferons remarquer l'esprit essentiellement pratique de ces examens et la durée des épreuves cliniques, où le hasard n'a rien à jouer. Certes, il y a encore mieux à faire, pas beaucoup cependant.

Dr H. Gillet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 septembre 1890

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

M. Chauvel lit deux rapports sur le prix Herpin et sur un travail de M. Guermonprez (de Lille) sur le diagnostic et le traitement des fractures du calcanéum — A cette occasion, M. Brouardel indique le moyen qu'il emploie pour faire ce diagnostic. Il noircit la plante des pieds du malade et le fait marcher sur une bande de papier blanc. On constate alors l'élargissement du calcanéum et l'affaissement de la voûte plantaire.

M. Guéniot lit un rapport sur un mémoire de M. le Dr Rifat (de Salonique) sur le raclage de l'utérus dans la métrite puerpérale.

M. Hervieux lit un rapport sur la vaccine.

M. Javal termine la lecture de son mémoire sur la *Dépopulation de la France*. Une partie des conclusions qu'il donne ont paru dans un journal politique de ce matin, et ont déjà été exposées à la Chambre des députés par l'orateur. M. Lagneau doit lui répondre.

F. R.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

A propos des statistiques officielles. — Notre confrère très distingué, Marcel Baudoin, n'accepte dans le *Progrès médical* du 20 courant qu'avec une sage réserve, les statistiques officielles destinées à sauver certaines Ecoles et certaines Facultés du naufrage qui les menace.

« Ces chiffres pourront paraître démonstratifs aux amateurs trop passionnés de statistique, mais il faut bien savoir qu'ils n'ont pas la valeur que certains auraient l'intention de leur attribuer. Il ne faut demander à la statistique que ce qu'elle peut donner. Si aujourd'hui elle indique l'état de nos Universités, il ne faut point induire des renseignements qu'elle fournit des données sur l'avenir de tel ou tel centre universitaire. Ce qui fait une Université, ce ne sont pas, surtout à notre époque, les divisions géographiques, les montagnes ou les fleuves ! Les étudiants, même en France, n'ont plus à l'heure actuelle peur des chemins de fer, des distances, des voyages ; les familles seules — et c'est une erreur de leur part sur laquelle il est inutile d'insister ici — veulent que leur fils ne s'éloignent pas trop du pays natal...

» Ce qui fait — et surtout ce qui fera plus tard, en France comme ailleurs — la renommée d'une Université, ce sont les professeurs qui y enseignent. Ayez des maîtres de haute envergure, et vous aurez des élèves. Supposez l'Institut Pasteur à Bordeaux ; vous y aurez le même nombre de travailleurs qu'à Paris. Le point capital est donc d'en rendre, à Bordeaux ou dans ville anologue, la création possible. »

Une prudente défiance est le commencement de la sagesse. Nous remercions M. Baudoin de l'appui qu'il donne incidemment à la thèse que le *Journal des praticiens* a été le seul et le premier dans ces derniers temps à mettre en avant et à défendre.

La licence en médecine. — Le *Concours médical* du 20 courant s'élève contre les vœux des Ecoles qui sollicttent la création de ce nouveau titre.

Les écoles secondaires, par un manifeste de l'école de Clermont-Ferrand, font entendre leurs doléances au parlement.

Le manifeste repousse, bien entendu, la liberté de l'exercice de la médecine. Il veut que l'Etat donne une licence d'exercice à toute personne qui prouvera un minimum de connaissances médicales. Il applaudit à la suppression du titre d'officier de santé et demande la création du grade de licencié. Le grade de docteur en médecine cessera d'être un titre professionnel, et sera un titre universitaire. Le titre de licencié, et nul autre, conférera le droit de s'intituler médecin.

Les professeurs de Limoges n'ont pas assurément voulu la rétroactivité. Ils ne voudraient pas enlever aux docteurs le droit de se prévaloir de ce titre, si bien entré dans les mœurs, que les officiers de santé en ont, sans grand inconvénient. le bénéfice dans leurs rapports avec leurs clients.

Donc, si leur réforme était admise, elle serait de longue portée ; car il passera de l'eau sous les ponts avant que tous les docteurs soient morts.

N'est-il pas plus simple de ne faire que des docteurs en médecine possédant ce minimum de connaissances médicales qu'ils imposent aux licenciés ? Nous ne voyons, en aucune façon pourquoi, pour aller exercer en province, on doit posséder moins de connaissances médicales que pour exercer à Limoges, qui aura, elle, les nouveaux (ou les anciens) docteurs en médecine.

Nous espérons bien que cette visée de l'Ecole de Limoges ne prévaudra jamais. Autant en rester au statu quo !

Nous l'espérons aussi et nous sommes heureux de voir que cette espérance que nous formulions il y a huit jours, est aussi celle du *Concours médical*. On est toujours satisfait de trouver des alliés même du côté où on y compte le moins.

L'agitation universitaire. — Sous cette rubrique, on lit dans la *Tribune médicale* du 18 septembre.

« Le mouvement sollicité par le projet parlant de créations universitaires a gagné et mis en émoi les principaux centres, qui se croient appelés à bénéficier de ces créations, et il n'est pas de ville de quelque importance, par sa situation géographique et son titre de chef-lieu départemental, qui ne se croie autorisée à faire valoir ses droits à ce rôle privilégié. C'est une véritable débauche de convoitises locales favorisées et entretenues — ainsi que nous le disions naguère — par l'intervention des intérêts électoraux, qui s'agitait derrière ce concert d'ambitions citadines.

» Ce n'est plus seulement Lyon, qui peut, d'ailleurs, se tenir comme à peu près satisfait, Montpellier, Bordeaux, qui ont certains droits acquis, voire Marseille, Toulouse, dont les prétentions peuvent, du moins, se justifier par l'importance relative du milieu et par les ressources intrinsèques ; mais ce sont aussi Poitiers, Limoges, Rouen, Rennes, etc., qui entrent délibérément en lice et en compétitions universitaires. »

Convoitises locales ! Ambitions citadines ! Intérêts électoraux : confrère de la *Tribune médicale*, vous voilà donc aussi sévère que nous l'avons été nous-mêmes depuis deux mois ?

Encore un appui en faveur de la thèse que soutient le *Journal des praticiens* ! Il me paraît d'autant plus précieux qu'il était presque inespéré.

Ch. Eloy.

Digitized by Google

NOUVELLES SANITAIRES

ÉTRANGER

ESPAGNE. — **L'épidémie cholérique de 1890.** — Le télégraphe continue à faire connaitre avec une monotomie lugubre 90 à 95 cas nouveaux avec une mortalité de 40 à 45 pour cent. On connait la valeur de ces chiffres officiels : nous les enregistrons à titre de document et nous constatons que cette semaine l'épidémie a continué ses ravages dans les provinces de Valence, Castellon, Albacête, Alicante, Badajoz, Tolède et Cuenca.

ABYSSINIE. — La contamination de Massouah est officiellement annoncée et le gouvernement italien l'attribue à des individus appartenant aux tribus indigènes.

ARABIE. — D'après les lettres du Hedjag. 43,000 pèlerins auraient débarqué à Yeddah et Yambo pour le dernier pèlerinage; 20,000 se seraient réembarqués. On en conclut que le nombre des décès a été considérable et on cite une caravane de 2,500 pèlerins dont 1,700 auraient succombé. Il est probable qu'un certain nombre auront échappé aux statisticiens et aux ennuis des visites sanitaires, ce qui s'explique aisément par la vénalité de certains fonctionnaires.

ASIE. — On signale des cas à Vladiwstok, arsenal et principal centre maritime de la Russie d'Asie.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Nominations dans le corps de santé de la marine. — (Réserve). *Au grade de médecin en chef* : M. Jobard (retraité).

Au grade de médecin principal : M. Bellamy (retraité).

Nominations dans le corps de santé militaire. — (Réserve). *Au grade de médecin-major de 2e classe* : MM. les docteurs Dubarry, Guillet, Mathieu, Jouanneau, Dénarié, Dusser, Noël, Alamartine, Bauby et Adam de Beaumais.

Au grade de médecin de 2e classe : M. Joyan, ancien médecin de 2e classe.

L'épidémie de fièvre typhoïde de Beauvais. — Depuis deux semaines, d'après un de nos correspondants, on compte un nombre élevé de cas de fièvre typhoïde dans la garnison de Beauvais. Samedi, ce nombre était de 84 dans les compagnies envoyées aux grandes manœuvres depuis douze jours et, en raison de l'insuffisance des locaux hospitaliers, on dirige les malades sur des hôpitaux de Compiègne et d'Amiens.

La qualité des eaux distribuées à la caserne de Beauvais est défectueuse. Des batteries de filtres et des chambres d'épuration y ont été installées, mais ne fonctionnent pas encore. Il serait nécessaire que des mesures fusent prises pour hâter leur mise en usage. De plus, la caserne construite récemment a été édifiée sur pilotis, à proximité de terrains marécageux et de ruisseaux servant de décharge aux eaux résiduaires de la ville et d'usines importantes.

Ajoutons que l'autorité militaire s'est émue de cette situation et que, docile aux instructions de M. Freycinet, dont on connait la sollicitude pour l'hygiène, elle vient de faire distribuer aux hommes des rations de bière comme boisson.

ÉTRANGER

ANGLETERRE. — **Les pédicures du régiment.** — Cette fois, point de doute : on annonçait une réforme considérable dans la médecine des armées. Le brigadier général Benyough, de l'armée du Bengale, adressait, il y a quelques jours, l'ordre suivant à ses troupes : « Il est décidé que deux hommes par compagnie » seront désignés pour couper les cors, les durillons, etc., etc » C'était une nouvelle fonction et un nouveau grade : les pédicures du régiment!

Le commandant en chef de l'armée anglaise vient de prescrire de rapporter cet ordre.

Les sociétés de tempérance et l'armée anglaise des Indes. — D'après le dernier rapport de ces sociétés, on constate que, sur 72 régiments et batteries, dont l'effectif total est de 40,034 hommes, il existe 10,163 officiers ou soldats adhérents à ces sociétés, soit 24,5 pour cent de l'effectif. Parmi ces hommes, la mortalité n'a été que de 8 pour 1,000.

BRÉSIL. — **Réorganisation du service de santé de l'armée.** — Le cadre actif comprendra désormais : 1 inspecteur général ayant rang de général; 3 chirurgiens de première classe (colonels); 9 de deuxième classe (lieutenants-colonels); 27 de troisième classe (majors); 85 de quatrième classe (capitaines); 75 aides-chirurgiens (lieutenants).

Le service pharmaceutique sera assuré par 1 pharmacien de 1re classe (lieutenant-colonel); 2 de 2e classe (majors); 8 de 3e classe (capitaines); 32 de 4e classe (lieutenants), et 44 aides-pharmaciens (sous-lieutenants).

VARIÉTÉS

Le martyrologe de la psychiatrie. — C'est sous ce titre que le Dr Hospital (de Clermont-Ferrand) a publié dernièrement dans les *annales medico-psychologiques* plusieurs articles relatifs aux nombreux attentats commis par les aliénés sur les médecins et les divers agents des asiles. A la longue liste de ces attentats, on peut joindre maintenant celui dont vient d'être victime notre cher et savant ami, le Dr Ritti, médecin de la maison nationale de Charenton. Pendant le cours de sa visite dans l'asile, il reçut d'un paralytique général, au-dessous de l'angle externe de l'œil gauche, un violent coup de poing aggravé de la présence d'un caillou que l'aliéné cachait dans sa main fermée. Un demi-centimètre plus haut, la blessure eût pu avoir les plus graves conséquences. Celles-ci furent cependant assez sérieuses puisqu'elles condamnèrent notre ami au repos pendant un temps assez long et qu'elles eurent un malheureux contre-coup sur la santé déjà ébranlée de sa chère femme. Aujourd'hui, les deux dangers ont disparu; tous ceux — et ils sont nombreux — qui ont le bonheur de connaitre et d'apprécier le caractère et la science de M. Ritti, les qualités de cœur et d'esprit de son excellente compagne, s'associeront à moi pour les féliciter de l'amélioration de leur santé, et pour remercier M. Ritti, au nom même de notre honneur médical, de son infatiguable dévouement à la science et aux malades.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Renflet (de Paris) et Baume (de Quimper).

En Angleterre : M. le Dr W. Jennings, ancien professeur d'obstétrique au Carmichael College de Dublin.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

BASSI. — Trois cas de néphrite (*Revista clinica e terapeutica* (juin 1890, p. 281).

CASTOR. — Épidémie de rougeole et de rubéole (*Montpellier médical*, 13 aout 1890).

Le Directeur-gérant : HENRI HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE N° 40 1er OCTOBRE 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

COMITÉ DE RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

REVUE CHIRURGICALE

Hôpital Tenon. — M. le Dr CHAPUT

Typhlite, périlyphlite et appendicite

Le cœcum et son appendice présentent fréquemment des lésions inflammatoires variables qui presque toutes se traduisent par un tableau symptomatique à peu près identique. C'est d'abord l'engouement du cœcum, causé par un arrêt des matières; cet engouement n'est souvent que le premier degré de la typhlite. Cette dernière reconnaît pour causes des ulcérations, des perforations, des gangrènes du cœcum. Elle paraît avoir été très souvent considérée comme typhlite pure, alors qu'il s'agissait de lésions de l'appendice. Celles-ci donnent, en effet, toujours lieu à une inflammation avec induration du cœcum. Certains auteurs soutiennent même que la typhlite n'existe pas, qu'il n'y a que l'appendiculite avec typhlite symptomatique. Cette opinion est exagérée, on n'a, pour s'en convaincre, qu'à se rapporter à l'excellente thèse de Maurin (1890).

L'appendiculite est l'inflammation de l'appendice ulcéré, perforé par des corps étrangers (calcul stercoral ou pépins), ou gangrené, ou même simplement enflammé.

La typhlite et l'appendicite ne persistent guère à l'état de lésion isolée ; le plus souvent le tissu cellulaire postérieur (1) et le péritoine antérieur se prennent pour constituer un gâteau inflammatoire qui prend le nom de périlyphlite. Que la périlyphlite soit causée par les lésions du cœcum ou par celles de l'appendice, son aspect symptomatique est le même et rien ne peut faire distinguer les deux lésions l'une de l'autre.

La distinction aurait cependant un intérêt réel, car c'est actuellement un fait acquis que l'appendiculite est une lésion d'une gravité extrême, puisque sur quatre-vingt-quatorze cas de Maurin on compte trois guérisons après expectation, une guérison après incision, et quatre-vingt-dix morts. Pour ce qui est de la typhlite pure, elle est beaucoup moins grave, mais c'est une grande erreur cependant que de la considérer comme une affection bénigne. Seule, la confusion de l'engouement avec la typhlite a pu créer cette légende.

En effet, l'engouement est bénin, du moins quand il n'aboutit pas à la typhlite, mais la typhlite elle-même est une affection très sérieuse, car sur trente-six cas de typhlite rassemblés par Maurin, on trouve : seize morts, treize guérisons spontanées et sept guérisons après incision. Ce n'est pas tout, quand elle guérit par les moyens médicaux, elle persiste sous la forme d'une induration inflammatoire et douloureuse pendant des mois et même des années. Enfin, elle récidive avec une facilité inquiétante à la moindre fatigue, au moindre écart de régime; et, point important, les récidives sont de plus en plus graves.

La typhlite et l'appendicite se présentant en clinique avec des caractères identiques sans qu'on puisse les distinguer, nous les étudierons en bloc sous le nom générique de typhlo-appendicite, et nous en signalerons d'abord la gravité et les dangers.

Au point de vue de la mortalité, la typhlo-appendicite nous donne sur cent trente-six cas, cent douze morts et vingt-quatre guérisons (Maurin). On comprendra la raison de cette gravité quand j'aurai dit que ces cent trente-six cas ont donné lieu : seize fois à de la péritonite localisée ; soixante-quatre fois à de la péritonite généralisée ; onze fois à une péritonite localisée d'abord, et généralisée ensuite; trente-trois fois, à de la suppuration sous-péritonéale; et quatorze fois à des suppurations sous péritonéales et intra-péritonéales associées.

Bull, sur 57 cas, note que le pus s'est fait jour : 38 fois à la paroi abdominale ; 9 fois dans le péritoine ; 2 fois dans le rectum ; 2 fois dans le thorax ; 2 fois dans la vessie ; 2 fois dans l'artère iliaque ; 1 fois a donné de la pyérine ; 1 fois, pas de renseignements.

Krafft, sur 106 observations rassemblées par lui, a trouvé la suppuration notée dans 94 cas. Dans 8 cas, on fit l'incision sans qu'il y eut signe de suppuration et, dans les 8 cas, on trouva du pus. L'ouverture dans la veine cave a été notée plusieurs fois ainsi que la coexistence d'abcès du foie resultant sans doute d'embolies septiques par la veine porte. Cette dernière a été plusieurs fois atteinte de pyléphlébite.

Ce réquisitoire, dressé par Krafft et par Maurin, est écrasant ; il prouve que la gravité de la typhlo-appendicite est épouvantable.

Le grand danger résulte surtout des lésions de péritonite généralisée. La péritonite localisée et l'abcès sous-péritonéal sont moins graves ; toutefois il faut compter avec les fistules pyostercorales en pomme d'arrosoir, très difficiles à guérir. Dans d'autres cas, l'abcès s'ouvre dans le cœcum ou dans un autre viscère, sans ouverture à la peau, et il n'y a pas dans ces conditions de tendance à la guérison. Certains malades succombent à la septicémie, à l'épuisement, aux abcès du foie ou aux complications péritonéales secondaires.

En résumé, la typhlo-appendicite suppure presque toujours.

(1) Il est aujourd'hui admis que le cœcum est entièrement libre dans le péritoine (Trèves, Tuffier). Cependant, quand des phénomènes inammatoires se dévoloppent dans la région, les adhérences se produisent si rapidement en arrière qu'on peut, au point de vue pathologique, considérer l'organe comme dépourvu de séreuses à la partie postérieure.

Digitized by Google

Quand elle ne suppure pas, la tumeur persiste pendant des mois et la récidive est presque certaine avec une gravité de plus en plus grande.

En présence de ces dangers, on conçoit que les chirurgiens soient arrivés à la notion de l'incision précoce et même à l'ablation préventive de l'appendice dans les cas d'appendicite à rechûtes.

Pour mettre un peu d'ordre dans l'étude du traitement, nous considérerons les cas suivants : 1° la suppuration existe ; 2° il y a péritonite généralisée ; 3° il n'y a que de l'induration ; 4° faut-il faire l'ablation préventive de l'appendice pour éviter les rechûtes.

1° *La suppuration existe.* — Lorsque le chirurgien appelé tardivement constate les signes avérés d'une suppuration localisée (fluctuation, rougeur, œdème), il doit faire au plus vite l'incision du foyer.

L'incision sera parallèle à l'arcade et située au point culminant de la tumeur. Arrivé au foyer, on le videra et le lavera antiseptiquement ; si l'on rencontre l'appendice sphacelé et à peu près détaché, on l'enlèvera, sinon on laissera à la nature le soin de l'éliminer. Un gros drain sera placé dans le foyer qu'on tamponnera en outre à la gaze iodoformée.

S'il n'existe que de l'empâtement avec œdème de la peau, sans fluctuation, il est encore indiqué d'inciser d'urgence (car si on laisse le pus dans l'épaisseur des tissus, il peut faire effraction subitement dans le péritoine ou provoquer la perforation ou la gangrène du cœcum. Qu'on n'oublie pas qu'une temporisation malheureuse coûta la vie à l'un de nos hommes illustres chez lequel on ne fit pas l'incision malgré des signes évidents de suppuration.

Je me rappellerai toujours l'impression horrible que me fit, il y a quelques mois, un malade du service du regretté Trélat ; il était perforé de drains en tous les sens ; l'un passait de la région lombaire à la fosse iliaque, deux autres descendaient à la cuisse ; le malade avait 40° et était en proie à une septicémie des plus graves dont il mourut rapidement. Ce malade avait été incisé trop tard et le pus avait fusé dans la région périnéphrétique par en haut et jusque dans la cuisse en bas.

J'ai rencontré aussi quatre ou cinq malades atteints de fistules stercorales très rebelles consécutives à la périthyphlite ouverte spontanément.

Pour éviter toutes ces complications, on doit opérer précocement, sous peine de manquer gravement à son devoir.

On remarquera que je n'ai pas distingué les cas où la suppuration est extrapéritonéale de ceux où elle est enkystée dans le péritoine. Actuellement, le diagnostic ne peut se faire. J'ajouterai qu'il n'a aucun intérêt, puisqu'en tous cas les dangers, les indications et la technique opératoire sont identiques.

2° *Il existe des signes de péritonite généralisée.* — Lorsque les signes de péritonite ont été précédés de ceux de la périthyphlite, il n'est point difficile de remonter à la cause.

Mais dans certains cas la péritonite éclate brusquement au milieu d'une santé florissante, et il peut y avoir hésitation sur la cause de cette affection.

Il faut, toutes les fois qu'on est en présence d'une péritonite survenue brusquement et sans cause appréciable, se rappeler que la péritonite idiopatique n'existe pour ainsi dire pas, et que, dans l'immense majorité des cas, il s'agit de typhlo-appendicite chez l'homme et chez l'enfant (et de pelvipéritonite de cause génitale chez la femme). On devra rechercher dans les antécédents, les poussées antérieures de typhlite, l'entérocolite, la fièvre typhoïde, la dysenterie, la tuberculose qui prédisposent aux lésions du cœcum et de l'appendice. L'obésité parait encore être une circonstance prédisposante.

La palpation du ventre révélera d'ailleurs un maximum douloureux caractéristique dans la fosse iliaque droite.

On tiendra compte aussi des circonstances dans lesquelles ont débuté les accidents ; généralement c'est après un repas trop rapide ou très copieux suivi immédiatement d'exercices violents, de refroidissement, ou de course en voiture mal suspendue. Certains malades ont éprouvé, pendant un effort de défécation, une sensation très nette de rupture dans la fosse iliaque, à partir de laquelle les symptômes sont devenus subitement très graves.

La plupart de ces conditions étiologiques existaient chez un pharmacien des environs de Paris auprès duquel je fus envoyé par mon cher maître, le professeur Tillaux. Le malade, âgé de 38 ans, très gros, accusait comme antécédents, de violentes coliques survenues cinq ou six ans auparavant et qui guérirent en quelques jours par l'emploi des purgatifs. Un dimanche, à la suite d'un repas très copieux précédé de l'ingurgitation d'un nombre imposant de bocks, il fut pris brusquement dans la nuit de douleurs vives dans l'abdomen. Le lundi il prend un purgatif et dans un effort de défécation ressent une sensation brusque de déchirure dans la fosse iliaque droite. Les douleurs persistent puis s'accroissent et le mardi soir le malade présente 38.5 et quelques vomissements bilieux. Les jours suivants il y a des signes de péritonite généralisée évoluant sourdement, avec bon état général et température peu élevée. Les symptômes peu nets et l'incertitude du diagnostic m'empêchent d'abord d'opérer Cet état persiste jusqu'au dimanche suivant où le malade présenta subitement un abattement extrême avec sueur froide et pouls imperceptible, contre-indications formelles à l'opération. Le malade mourut en effet le soir même. J'obtins de faire l'autopsie et trouvai une péritonite généralisée, avec perforation du cœcum à son union avec l'intestin grêle ; épanchement de matières dans le péritoine et enfin plusieurs plaques de gangrène disséminées sur le dernier tiers de l'intestin grêle.

Cette dernière constatation me consola de n'être point intervenu ; cependant je dois dire que j'aurais dû faire la laparotomie dès le mercredi (jour où je fus appelé pour la première fois), bien que les symptômes fussent peu prononcés et le diagnostic seulement soupçonné ; actuellement je n'agirais plus de même.

Quelques mois plus tard je portais un diagnostic très ferme chez un enfant de quatorze ans qui m'avait été adressé par mon distingué confrère M. le Dr Bloch,

Digitized by Google

de Paris. Depuis huit jours il présentait des signes de péritonite grave. Quoiqu'il n'y eût pas de symptômes spéciaux du côté du cœcum, je n'hésitai pas, en raison de l'âge du sujet, à attribuer la péritouite à une affection typhlo-appendiculaire.

Je fis la laparotomie *in extremis*, le malade ayant le faciès grippé, le nez froid et le pouls imperceptible, l'intelligence étant absolument intacte.

Je trouvai d'abord une péritonite généralisée avec des foyers multiples limités par des anses intestinales; puis au niveau de l'appendice, une perforation laissant passer l'extrémité d'un calcul stercoral du volume d'une olive. L'appendice fut réséqué et lié, le péritoine lavé à l'eau boriquée bouillie et drainé. J'étais en train de suturer la paroi abdominale quand l'enfant mourut n'ayant absorbé d'ailleurs que 10 grammes de chloroforme. Il est bien certain que si l'on avait opéré cet enfant quelques jours plutôt on aurait eu de grandes chances de le sauver.

(*A suivre.*)

REVUE GÉNÉRALE

OBSTÉTRIQUE

De l'embryotomie rachidienne

L'embryotomie rachidienne est une opération parfois assez facile, d'autre fois, au contraire, pleine de difficultés. Suivant la classification de M. Budin, on peut dire que les cas varient beaucoup selon que le cou est aisément accessible, péniblement accessible ou inacessible. Lorsque la section doit porter sur le tronc, la manœuvre est assez délicate. C'est ce que démontre le fait suivant.

En mai dernier, je fus appelé auprès d'une multipare de 36 ans, bien constituée, qui était en travail depuis l'avant-veille. Une sage-femme appelée au moment des premières douleurs avait constaté que les battements du cœur fœtal ne pouvaient être entendus; elle fit le diagnostic de présentation de l'épaule et de mort du fœtus, et envoya chercher un médecin. Celui-ci tenta prudemment de pratiquer la version podalique; mais il ne put pénétrer dans l'utérus, bien que la dilatation complète du col eût été dûment constatée plusieurs heures auparavant. Jugeant l'embryotomie inévitable, ce confrère me fit appeler.

Au moment de mon arrivée, l'état général de la femme était bon; l'utérus avait une forme régulière, sphérique, il était mobile avec son contenu, dans le sens transversal; il ne se contractait que de loin en loin et sans violence; du reste, les douleurs n'avaient jamais été très énergiques. Le palper ne donnait que des renseignements très confus sur l'attitude du fœtus, à cause de la résistance de la paroi externe rétractée sur lui. Auscultation négative. La percussion révélait une certaine sonorité vers les régions supérieures de la matrice.

Au toucher, je trouvai l'excavation absolument vide, la partie fœtale extrêmement élevée, nullement engagée, était le plan latéral droit. Une odeur de putréfaction très marquée se dégageait de la vulve. Le col était reformé, revenu sur lui-même; il pendait dans le vagin comme un boyau de 5 à 7 centimètres de long; il était perméable dans toute son étendue, sauf à son extrémité supérieure, où l'on trouvait un anneau dur, rigide, inextensible et assez étroit, pour n'admettre que trois doigts au plus.

Il s'agissait là d'une présentation du tronc, avec mort du fœtus remontant sans doute à une époque antérieure à l'accouchement, et putréfaction intra-utérine depuis la rupture de la poche des eaux. Mais pourquoi le col était-il si long, et pourquoi la partie fœtale était-elle si élevée?

Il est vraisemblable que les gaz putrides rapidement développés dans la cavité utérine avaient irrité les fibres musculaires de l'organe gestateur : l'anneau de Bandl s'était rétracté, empêchant le fœtus de descendre dans le segment inférieur et dans l'excavation. Le col long de 6 à 7 centimètres et pendant au milieu du vagin était en réalité formé par tout le canal de Braune, c'est-à-dire à la fois par le col et le segment inférieur vide.

Quelle conduite tenir en pareille circonstance? Faire la version podalique était impossible, puisque la main ne pouvait pas pénétrer dans l'utérus. Tenter le version de Braxton-Hicks, pour pouvoir atteindre un pied? C'est ce que j'essayais prudemment, mais en vain; l'utérus rétracté sur le fœtus l'empêchait d'évoluer. il ne restait qu'à faire l'embryotomie rachidienne.

J'introduisis un crochet à travers l'orifice utérin et je cherchais à lui donner prise sur le fœtus; j'échouai complètement. La paroi utérine appliquée étroitement sur lui m'empêchait de passer. Faisant alors fixer l'utérus par un aide, je sectionnai la paroi thoracique avec les ciseaux de Dubois, et par la brèche ainsi faite, j'introduisis mon crochet dans l'intérieur de la poitrine, et j'accrochai la saillie formée par la série des corps vertébaaux, la section fut alors rapidement terminée; et l'extraction du fœtus s'acheva.

L'orifice utérin rétracté empêchait le placenta de descendre; il fut nécessaire d'aller le chercher.

La femme guérit sans incidents sérieux.

Plusieurs points de cette observation doivent être relevés. Et d'abord, la technique opératoire est d'autant plus pénible que la partie fœtale est plus élevée, que l'orifice du col est moins dilaté, et que le muscle utérin est plus rétracté sur le fœtus; ces trois conditions défavorables se trouvaient réunies dans le cas précité. Aussi je dus renoncer d'abord aux services que l'on doit attendre d'un crochet, et employer les ciseaux de Dubois; le thorax du fœtus ouvert, il fut facile de prendre appui sur la colonne vertébrale.

Mais ce qui devint un ennui au point de vue opératoire, fut peut-être le salut même de la femme. Pourquoi cet utérus s'était-il si peu contracté pendant toute la durée de l'accouchement? pourquoi, en d'autres termes, les dangers de la rupture ont ils été écartés? Il me semble permis de répondre que c'est parce que le segment inférieur est continuellement resté vide. Il y a là un détail assez intéressant en ce qui concerne les causes immédiates de l'accouchement en général.

Digitized by Google

Simpson et Schrœder admettaient que le décollement de l'œuf dans ses régions inférieures était le point de départ des douleurs de l'enfantement. Or, ce décollement est favorisé dans les derniers temps de la grossesse par les alternatives d'allongement et de raccourcissement que subit le segment inférieur sous l'influence des périodes successives d'action et de repos que présentent les muscles utéro-pelviens; sans compter que les adhérences des membranes au segment inférieur sont toujours moins solides que partout ailleurs. Lorsque le décollement est suffisamment étendu, la partie de l'œuf qui s'est séparée du segment inférieur devient un corps étranger pour lui; elle irrite les nerfs qui, par action reflexe, amènent la contraction énergique du corps de l'utérus. Si cette contraction est suffisamment forte, elle exagère l'allongement du segment inférieur, en tirant sur l'anneau de Bandl, décolle une nouvelle partie des membranes, et ainsi de suite.

Le segment inférieur semble ainsi être le point de départ du reflexe qui aboutit à la contraction utérine; s'il est vide comme dans l'observation ci-dessus, le reflexe ne se produit pas. Si, au contraire, l'anneau de Bandl, largement ouvert, laisse le fœtus occuper la cavité du segment inférieur, comme cela se produit à l'état normal, les douleurs seront fortes et l'accouchement se fera. Si la présentation est transversale, si l'enfant, engagé dans le segment inférieur et dans l'excavation, ne peut être expulsé à cause de son attitude vicieuse, les douleurs continueront avec violence et seront d'autant plus dangereuses, que le segment inférieur sera plus allongé et plus aminci. C'est, d'ailleurs, à son niveau que siègent les ruptures de l'utérus dites spontanées, que l'on doit tant redouter dans les présentations de l'épaule négligées.

En résumé, et pour revenir au pronostic de l'embryotomie rachidienne, l'opération sera relativement facile si la partie fœtale est très engagée dans l'excavation, mais la femme aura peut-être de grands risques en raison de la distension du segment inférieur et des contractions violentes de l'utérus; au contraire, et le fœtus est très élevé, mobile au-dessus du détroit supérieur, l'embryotomie sera plus difficile, mais la femme sera moins exposée aux dangers de la rupture utérine, parce que les douleurs seront insignifiantes, et que le canal de Braune n'aura pas subi d'allongement. Le pronostic sera alors exclusivement celui de l'opération.

Dr Demelin.
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

TRAVAUX ORIGINAUX

Trois cas d'aphasie

par M. le Dr de la Barcerie

Depuis six mois, j'ai observé trois cas d'aphasie. J'ai assisté à l'origine des deux premiers et suivi leur évolution; le troisième remonte à quatorze mois, et n'appartient au cadre de mon observation que par suite de circonstances particulières. Les symptômes en sont surtout intéressants en ce qu'ils représentent des types essentiellement distincts, et qu'ils soulèvent, par suite, des interprétations pathogéniques complexes et différentes.

Obs. I. — M. B..., négociant, 54 ans, très absorbé par ses affaires, a joui généralement d'une excellente santé. C'est un ancien hémorrhoïdaire. Les accidents hémorrhoïdaires s'accentuant, il a été forcé d'appeler un médecin, mais en se refusant absolument à une intervention chirurgicale et se contentant, comme moyen palliatif, de prendre chaque matin, au saut du lit, un lavement froid.

M. B... fut très frappé de la répétition de ces accidents, et son humeur s'en ressentit; il tomba dans une véritable hypocondrie. Le sommeil s'altéra, et il fut difficile de sortir le malade du raisonnement suivant: « Un sommeil prolongé m'est » absolument nécessaire; si je ne dors pas, je mourrai infailli- » blement prochainement. Il faut donc qu'une médication ap- » propriée me procure ce sommeil indispensable. »

Le 20 octobre dernier, je fus appelé un soir en toute hâte, M. B..., à la fin d'un repas modéré, comme d'ordinaire, fut pris subitement d'agitation, se leva de sa chaise avec véhémence, balbutia quelques mots inintelligibles, et retomba sur son siège, l'œil hagard, et ne pouvant prononcer une seule parole. A mon arrivée, il me reconnut parfaitement; la physionomie était atterrée, et le patient mettant la main au-devant du larynx, me fit comprendre qu'il ne pouvait plus parler. Je lui adressai diverses questions auxquelles il me répondit par signes, ne prononçant que des sons inarticulés. Je lui fis remettre du papier et une plume, l'engageant à écrire ce qu'il éprouvait ou à reproduire ce que je lui dictais. Il ne transcrivit que des membres de phrases incohérents où il n'y avait pas de sens à démêler, et à la suite de chacune de ces tentatives infructueuses, il jetait sa plume de colère. Il réussit cependant à écrire correctement son nom; pour tout le reste, la mémoire était absente, et l'aphasie était nettement caractérisée.

Il n'existait, d'ailleurs, ni hémiplégie, ni paralysie de la langue dont tous les mouvements étaient conservés. Je me bornai à un traitement essentiellement palliatif visant surtout l'agitation nerveuse qui était très considérable et le fonctionnement régulier de l'intestin.

Cette situation dura deux jours, à l'expiration desquels le malade émit quelques mots. Chaque jour amena ensuite une amélioration marquée, et le retour de la parole était effectué en moins d'une semaine. M. B... parlait sans peine, mais il était incapable d'avoir une conversation suivie; la fatigue arrivait rapidement et il était manifeste que l'intelligence avait été profondément atteinte. La sensibilité prit un caractère émotif de plus en plus accusé, et M. B... commença à pleurer pour rien et à propos de tout.

La pensée de ses affaires l'assiégea alors à un haut degré. M. B... manifestait de vives inquiétudes et entrevoyait la perspective redoutable d'une ruine prochaine. Sous cette impulsion, il descendait de bonne heure à son bureau, s'asseyait un instant à sa table, puis se relevant avec agitation, il allait s'adresser à chacun des commis pour surveiller leur travail et leur reprocher des erreurs ou omissions imaginaires dans les pièces comptables ou les bordereaux commerciaux qu'ils étaient chargés d'établir.

Aujourd'hui, fin d'avril, l'état du malade reste le même: conversations banales et courtes, émotivité excessive, pleurnicheries sans motif, craintes puériles relatives aux affaires ou à sa personne. D'autre part, la santé générale est excellente, le sommeil est revenu sans le secours d'aucun agent, et une certaine tendance à l'embonpoint est manifeste.

La pathogénie de cette aphasie ne me paraît pas douteuse: *infarctus* embolique ou petite hémorragie d'une des branches de l'artère cérébrale moyenne afférente à la troisième circonvolution frontale droite ou gauche. J'estime que l'ictus aphasique subit émane de l'une ou de l'autre de ces conditions, mais j'ai aussi la conviction qu'un travail de ramollissement est en cours, et qu'il ne se bornera pas au territoire limité dont la lésion ini-

Digitized by Google

tiale a provoqué la brusque apparition des accidents que nous avons relatés.

Obs. II. – M. R., 56 ans, est employé comme ouvrier dans une industrie s'occupant de la construction de chaudières. Homme de conduite régulière, sobre, et qui n'a eu d'autres maladies, pendant sa carrière de marin, qu'une dysenterie coloniale, et des attaques assez répétées, depuis qu'il a quitté le service, de diarrhées séro-bilieuses violentes.

Le 8 avril, dans la matinée, R. était occupé avec d'autres camarades à décharger une charrette. Tout à coup, il éprouve un malaise indéfinisssable, laisse tomber des briques qu'il tenait à la main, et, comme affolé, il court à l'atelier, reprend son vêtement de ville, et s'enfuit chez lui comme un homme ivre. Il s'affaisse sur le sol, sans dire un mot, ne poussant que des grognements et faisant signe qu'il ne pouvait parler.

Je constatai avec une aphasie absolue, une paralysie du bras droit. Le membre inférieur du même côté avait conservé ses mouvements; il en était de même de la langue, malgré une légère déviation de sa pointe.

R., dont le teint d'ordinaire est pâle et mat, avait le visage vultueux, les yeux brillants et sorte d'attitude de provocation irritée. Je prescrivis des sangsues derrière les oreilles, et ordonnai à leur chute un lavement purgatif dans la soirée. Le lendemain, sa rougeur du visage avait disparu, le regard était normal. Il existait encore un certain degré d'excitation : le malade se remuait dans son lit comme pour chercher une position meilleure, et pendant que j'étais là, il voulut se lever.

La marche s'exécuta très bien, et l'attention la plus minutieuse ne releva aucune différence de force entre ses deux membres inférieurs. Le membre supérieur droit était toujours inerte, et quand on le soulevait, il retombait dans un état de résolution complète. Mais il y avait déjà de l'amélioration du côté de la parole : le patient articulait nettement les monosyllabes oui et non. L'intelligence semblait conservée, et R. répondait à propos aux questions posées soit par les mots oui et non, soit par des signes de tête. Je n'eus pas recours à la contre-épreuve de l'écriture dictée, en raison de la paralysie de la main droite.

Jr serai bref sur les suites de cette attaque : la parole a progressé rapidement. Aujourd'hui, 15 mai, R. cause très convenablement : les mots ne lui manquent guère, mais quand ils font défaut, il dit que leur manque d'articulation tient à une gêne de la langue qui lui semble lourde et épaisse. Il se plaint aussi d'avoir à la région interne de la joue droite une sensation de boule. En fait, l'examen des parties fait constater un certain affaissement de la joue droite qui cintre un peu en dedans (état parétique); mais la langue sort droite de la bouche, tandis que dans les premiers temps sa pointe était légèrement déviée. La restauration des mouvements du bras a suivi une marche parallèle à celle de la parole. R. peut actuellement élever le bras droit aussi haut que possible : il étend également et fléchit les doigts. Toutefois, R. qui, d'après mes conseils, s'est attaché résolument à multiplier les exercices propres à conquérir la restitution de la parole et des mouvements, a réussi à tracer son nom sur le papier avec une plume, et m'a rendu témoin de ce succès qui lui donne une entière confiance. Il y a donc lieu d'admettre que, dans un avenir prochain, R. sera totalement guéri.

A mes yeux, la cause des accidents est une double lésion cérébrale : embolie ou hémorragie limitée. Elle a vraisemblablement intéressé à la fois une artériole de la troisième circonvolution frontale gauche et un vaisseau analogue du corps strié ou de la couche optique. Ainsi s'expliqueraient et la suppression de la parole et la paralysie du membre supérieur droit, et il faut admettre aussi que l'effraction striée ou optique a été essentiellement limitée. Comme conséquence et si rapprochés qu'ils puissent être, les centres du mouvement des membres supérieur et inférieur n'occuperaient pas un point identique. Bien que l'hémiplégie partielle, à la suite d'une embolie, d'une hémorragie et même d'une congestion cérébrale, ne soit pas commune, on en a cependant cité des exemples. Mais il n'y a guère de cas d'aphasie subite (j'ignore même s'il en existe) offrant une semblable limitation paralytique, tandis que l'hémiplégie totale est la règle ordinaire. D'où il appert que dans l'aphasie hémiplégique partielle ou entière, il faut l'intervention de deux lésions cérébrales ayant une localisation spéciale. Autrement pourquoi, dans l'hémiplégie commune consécutive à l'hémorragie cérébrale vulgaire, ne constaterait-on jamais d'aphasie ? Evidemment, je laisse ici de côté ces grandes désorganisations hémorragiques qui abolissent d'emblée toutes les fonctions du cerveau, sont suivies de mort à court terme, et dont le symptôme aphasique n'est qu'un épiphénomène.

J'écarte des causes originelles de l'aphasie primordiale : le ramollissement cérébral ; je ne le considère que comme un effet consécutif soit à l'embolie, soit à l'hémorragie. Un ramollissement est toujours la suite d'un trouble trophique des parties dû à une lésion préalable, et sa détermination symptomatique objective ne se décèle jamais par l'éclat d'un coup de foudre que rien n'annonçait. Ce genre de nécrobiose a son évolution progressive, et même, dans les cas aigus, des signes qui se révèlent par une série d'accidents qui n'ont aucun rapport ni avec l'ictus aphasique, ni avec l'ictus apoplectique ou hémorragique.

Obs. III. — Au milieu d'avril dernier, la femme F. (48 ans, d'une bonne santé habituelle et mère de cinq enfants), est atteinte d'ictère grave. Je fus tout d'abord frappé du mutisme de la malade. Quatorze mois auparavant, cette femme avait été prise subitement de vertige, alors qu'elle était occupée, en pleine période menstruelle, à laver le linge de ses enfants. Ce vertige avait été suivi de perte de la parole. Le lendemain, elle tombait en léthargie, suivant l'expression de son mari, et cette léthargie aurait duré plusieurs jours. S'était-il produit une congestion cérébrale secondaire apoplectiforme, ou une petite hémorragie également à forme apoplectique ? Je ne sais. Toutefois, on constata la persistance d'une aphasie complète, sans hémiplégie et sans paralysie partielle que celle de la langue. Depuis la situation ne s'est pas modifiée. La femme F. est incapable de prononcer aucun mot, comprend tout ce qu'on lui dit, s'occupe des soins intérieurs du ménage, mais est littéralement muette. Lorsqu'on lui commande de tirer la langue, elle fait d'abord des efforts impuissants, et finalement, elle la saisit avec les doigts pour la sortir de la bouche. L'alimentation s'effectue seulement au moyen de substances liquides ou demi-solides, dont le transport ne s'exécute que par des mouvements associés du voile du palais et de la partie supérieure du pharynx, conjugués instinctivement pour cet objet.

Nous voici donc encore ici en présence d'un syndrome morbide compliqué, fort exceptionnel. Etudions son évolution : au début, vertige et perte subite de la parole ; quelques heures plus tard, état apoplectique d'une durée de plusieurs jours ; enfin retour à la connaissance et paralysie exclusive de la langue. Tout d'abord la paralysie de la langue n'entraîne pas l'abolition absolue de la parole, si l'organe principal de la phonation demeure intact. Sans doute, la parole devient très difficile par l'absence du concours de la langue, qui est indispensable pour la netteté de l'articulation des mots. Mais le patient, bien qu'incapable de conversation, peut au moins émettre des mots qui sont parfaitement saisissables. Un paralytique de la langue n'est pas un aphasique au sens propre de cette expression.

Digitized by Google

L'aphasie initiale dépend donc d'une lésion de la troisième circonvolution frontale gauche ou droite; la période apoplectiforme répond à une congestion cérébrale ultérieure et non à une hémorragie, en raison de l'absence d'hémiplégie totale ou partielle; la paralysie de la langue est due à une lésion du cerveau (embolie ou hémorragie) ayant intéressé les filets d'origine du nerf hypoglosse dans la région voisine des pyramides et des éminences olivaires.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

GYNÉCOLOGIE

Du traitement chirurgical du cancer utérin par M. Jessett. — C'est d'après une expérience de longues années à Brompton Cancer Hospital que l'auteur formule les conclusions pratiques suivantes : (*British Gynécological Journal*, mai 1890).

1° Contre le cancer de la portion vaginale préférer l'amputation du col avec l'instrument tranchant plutôt que l'emploi des pinces et de l'écraseur.

2° Quand la tumeur ne s'étend pas jusqu'à l'orifice interne du col, pratiquer l'amputation conique. S'étend-elle plus haut? Il faut extirper l'utérus en totalité.

3° Contre le cancer du corps utérin, on n'a point de meilleure ressource que l'hystérectomie vaginale.

Enfin, dans l'appréciation des statistiques, il faut tenir compte du temps écoulé depuis le début de l'opération et non pas des résultats immédiats de cette dernière. S. R.

Un traitement chirurgical de la cystite chez la femme par M. More Madden. — L'opération de la fistule vesico vaginale artificielle d'Emmet soulève des objections malgré ses succès dans quelques cas. C'est pour éviter ces objections que l'auteur conseille la médication suivante (*The American Journal of the Med. Sciences*, septembre 1890, p. 319).

L'urèthre est préalablement dilaté jusqu'à paralysie complète du sphincter vésical et production d'une incontinence temporaire de l'urine. On pratique alors directement sur la muqueuse des applications de glycérine phéniquée, précédées de badigeonnages cocaïnés et destinés à prévenir la douleur.

M. More Madden répète les applications phéniquées une ou deux fois à l'intervalle d'une semaine et obtient ainsi, parait-il, une guérison rapide. S. R.

OBSTÉTRIQUE

Du menthol contre les vomissements de la grossesse, par M. Gottschalk. — L'utilisation des propriétés analgésiques du menthol a procuré de bons résultats dans le cas suivant. La malade accusait des vomissements incoercibles pendant le second mois de sa grossesse. On avait essayé inutilement l'emploi de la cocaïne et du traitement de Copman. (*Brit. Med. Journal*, 14 juin 1890).

C'est alors que l'on prescrivit l'administration de la potion suivante par cuillerée à soupe toutes les heures :

Menthol.....	1 partie.
Eau de vie.....	20 parties.
Eau distillée....	150 parties.

Après la troisième prise les vomissements cessèrent et la grossesse s'acheva sans nouvelles complications. Dans un autre cas, il en fut de même. C'est une médication à mettre à l'essai. S. R.

De la valeur de l'antipyrine comme analgésique pendant et après le travail, par M. J. Phillips. — Cette question a été l'objet de travaux nombreux et récents. Pour l'auteur, l'antipyrine doit être administrée à la dose de soixante-quinze centigrammes pendant la période de dilatatation et chez les primipares. Cependant, son action n'est point fidèle et c'est là une cause de son infériorité par rapport au chloral (*The Lancet*, 20 septembre 1890).

Pendant la période d'expulsion, elle est plus utile comme analgésique et, dans certains cas, elle est encore utile après le travail.

Les indications sont celles d'un analgésique et non d'un ocytocique plus actif chez les malades nerveuses que chez les autres. En outre, elle ne modifie donc pas les contractions utérines.

Ces conclusions, ajouterons-nous, sont conformes à celles qui ont été formulées par les autres observateurs. S. R.

OTOLOGIE

De la cicatrisation des ruptures du tympan, par M. Rumler. — Ce mémoire important se termine par les conclusions suivantes que nous résumons ainsi : (*Archiv. f. Ohrenheilkunde*, t. XXX, mai 1890, Heft, 1 et 2.).

C'est l'épithelium de la membrane du tympan dont les cellules ne prolifèrent que dans l'espace de cinq ou six heures, qui contribue à rétrécir l'étendue de la rupture tympanique. Après quarante-huit heures, l'épithelium de la muqueuse prolifère à son tour. Enfin, vers le troisième jour, une masse de tissu cellulaire végète et complète l'occlusion.

La membrane du tympan ne contribue donc pas par elle-même à ce processus de réparation. S. R.

De l'asepsie dans le cathétérisme de la trompe d'Eustache, par M. Polo. — Depuis que la présence des microbes pathogènes a été signalée, on a reconnu la nécessité d'aseptiser l'air et les fosses nasales avant le cathétérisme. M. le Dr Polo (de Nantes) fait précéder cette opération d'un lavage nasopharyngien avec un liquide antiseptique. De plus, il a soin de filtrer l'air avant de le faire pénétrer dans l'oreille moyenne (*Revue de laryngologie et de rhinologie*, 15 septembre 1890).

Le moyen qu'il emploie est simple et consiste à intercaler dans le circuit de l'appareil à poire de Politzer un tube de verre à parois épaisses, contenant une couche d'ouate. Afin de ne pas diminuer la force de la douche gazeuse, ce tube a un diamètre quatre fois plus grand que celui du tube de caoutchouc. Pour la même raison, le coton doit être tassé, mais non comprimé. Il faut le changer assez souvent. H. M.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

MALADIES DES VOIES URINAIRES

Quelle conduite tenir dans un cas de rupture de l'urèthre?

Un homme, à la suite d'une violente contusion ayant porté sur la région périnéale, généralement après une chute à califourchon sur un corps dur, tel que le rebord d'un canot, présente les symptômes suivants. Il se plaint d'une douleur variable, quelquefois atroce et qui augmente au moment des efforts de miction. Généralement, il se fait par l'urèthre une hémorragie constituée tantôt par un simple suintement, tantôt par un véritable jet de sang. Enfin, dans les cas graves, la rétention d'urine est complète et constitue le symptôme capital. Dans les cas graves, il existe à la région périnéale, sur la ligne médiane, une tumeur.

Quand tous ces signes se trouvent réunis, le diagnostic ne peut pas être douteux : il s'agit d'une rupture de

Digitized by Google

l'urèthre, affection grave, surtout quand elle n'est pas traitée immédiatement d'une façon convenable. Le médecin doit être convaincu que tout essai de temporisation n'aurait que des effets déplorables. Comme, d'autre part, les règles du traitement sont précises et ne peuvent donner lieu à la discussion, on commettrait une faute lourde et grosse de responsabilités en n'instituant pas sur-le-champ le traitement approprié.

Pour la facilité de la description, on peut, avec M. Guyon, distinguer trois degrés dans la rupture de l'urèthre.

1° *Cas légers.* — Dans les cas légers, la miction est non seulement possible, mais encore peu ou même pas douloureuse. Chez ces malades, la guérison constitue la règle, sans même que le médecin soit obligé d'intervenir chirurgicalement. Il suffit de faire coucher le malade, de mettre au périnée et à la région hypogastrique de vastes cataplasmes et de prescrire des tisanes délayantes. Il est exceptionnel de voir survenir un abcès ou une infiltration d'urine. Mais il faut bien savoir que l'accident uréthral, bien que léger, donnera naissance à un rétrécissement consécutif. Aussi faut-il recourir de bonne heure au cathétérisme progressif pour empêcher la rétraction de la cicatrice.

2° *Cas moyens.* — La miction est non seulement pénible, mais elle est de plus douloureuse. L'hémorragie uréthrale est assez abondante et on constate une tumeur à la région périnéale. Deux cas peuvent se présenter. Ou bien le cathétérisme est facile : dans ce cas, on le répète trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures; ou bien le cathétérisme est difficile et, alors, si on a pu faire pénétrer une sonde molle, on la laisse à demeure. M. Guyon limite à deux ou trois jours le séjour de la sonde.

Le médecin doit être bien prévenu que les cas d'intensité moyenne se transforment facilement et très souvent en cas graves. Aussi doit-il surveiller son malade avec toute l'attention voulue.

3° *Cas graves.* — Quand la contusion a été violente, c'est malheureusement à ces cas qu'on a affaire chez la plupart des malades, la rétention d'urine est complète. L'écoulement de sang par l'urètre est en général très abondant. On constate, au périnée, l'existence d'une tumeur de volume variable. Le cathétérisme est très difficile et même, le plus souvent, impossible. C'est dans ces cas graves que le médecin doit avoir bien présentes à l'esprit toutes les règles du traitement, car une intervention hâtive et méthodique peut seule mettre le malade à l'abri d'accidents redoutables.

Le médecin a à sa disposition quatre procédés de traitement : 1° le cathétérisme ; 2° la ponction de la vessie; 3 la ponction périnéale simple ; 4° l'incision périnéale.

Le cathétérisme doit être absolument proscrit. En effet il est entouré de difficultés telles qu'on peut dire qu'il est impossible. Ensuite les tentatives, même très modérées, d'introduction de la sonde font reparaître ou augmentent l'hémorragie. De plus, il faut se rappeler qu'il s'est fait, au niveau de la rupture de l'urèthre, un foyer, une cavité plus ou moins vaste et remplie de caillots sanguins. L'urine, en coulant le long de la sonde, y pénètre : d'où infiltration d'urine et suppuration avec toutes leurs conséquences.

La ponction hypogastrique avec un appareil aspirateur et une aiguille fine n'est pas dangereuse. Mais c'est un simple palliatif, ce n'est pas un moyen de traitement. J'en dirai autant de la ponction périnéale.

Le *seul* moyen de traitement sérieux, le seul auquel on doive avoir recours, c'est *l'incision périnéale* avec recherche immédiate du bout postérieur et application de la sonde à demeure (Guyon). Le malade mis dans la position de la taille, on lave avec une solution antiseptique forte, toute la région périnéale, préalablement savonnée. On fait ensuite, exactement sur la *ligne médiane*, une longue incision qui dépasse les limites de la tumeur. On incise, couche par couche, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose. A ce moment un flot de sang s'échappe et le médecin qui n'est pas habitué à cette opération peut avoir un moment d'inquiétude qui cependant, dans le cas actuel, ne se justifie pas. On déterge avec soin la plaie, on enlève les caillots avec des irrigations d'eau très chaude et on met ainsi l'urèthre à nu.

On introduit, à ce moment, une sonde aseptique par le bout antérieur de l'urèthre et, une fois que son extrémité apparaît dans la plaie périnéale, on la soutient avec l'index et, en poussant doucement l'instrument, on le voit pénétrer dans le bout postérieur. Cette manœuvre réussit dans la majorité des cas : cependant quelquefois l'introduction de la sonde dans le bout postérieur rencontre des difficultés. Il faut toujours se guider sur la paroi supérieure de l'urèthre qui, comme l'a démontré Cras, reste intacte chez l'immense majorité des malades.

Si cependant, on ne pouvait pas introduire sur le champ une sonde dans le bout postérieur, il ne faudrait pas trop s'en inquiéter. L'incision périnéale empêchant l'infiltration de l'urine, on laisserait le malade uriner par la plaie et, au bout de quelques jours, on irait à la recherche du bout postérieur. En disant au malade d'uriner, on trouve en général assez facilement l'ouverture de l'urèthre et on peut alors passer la sonde.

M. Guyon conseille de ne pas prolonger le séjour de la sonde au delà de quatre ou cinq jours. Ce délai passé, on aura recours au cathétérisme dilatateur quotidien avec des sondes Béniqué.

En résumé, dans toute rupture grave de l'urèthre, il ne faut même pas songer au traitement médical. On doit avoir recours, *sur le champ*, au traitement chirurgical, c'est-à-dire à l'incision périnéale. L'opération est facile. A la rigueur on peut se passer d'aides et se

Digitized by Google

dispenser de donner le chloroforme. Quant à l'instrumentation, elle est nulle. Un bistouri, quelques pinces à forcipressure et une seringue quelconque suffisent dans tous les cas.

Dr F. Roux.

REVUE DES THÈSES

La femme pendant la période menstruelle, par M. le Dr Icard (*Thèse, de Paris*, 1890.)

Doué d'une plume peut-être trop facile, l'auteur s'est donné libre carrière pour traiter un aussi vaste sujet; ce qui nous vaut des recherches historiques et des citations très précieuses. Après avoir établi les rapports intimes entre les centres psychiques et les organes de la reproduction, surtout chez la femme, l'auteur cherche à démontrer les rapports entre les fonctions menstruelles et les fonctions psychiques et pour cela il examine l'état précaire de la menstruation chez les aliénées et les névrosées, l'exacerbation des troubles psychiques chez les aliénées et les névrosées pendant la période menstruelle ; il apporte des observations de presque toutes les psychoses dues à de telles conditions. C'est une thèse qui mérite d'être lue, car elle a été très travaillée ; sa lecture n'entraine pas toutefois la conviction dans toutes les opinions propres à l'auteur qui n'a pas, à notre avis, soumis à une critique assez sévère les observations des auteurs avant de les utiliser au profit de ses idées; il aurait vu qu'il n'est pas toujours vrai de dire que les troubles menstruels ne sont pas consécutifs aux troubles psychiques, que la marche des troubles psychiques est entièrement subordonnée à celle des troubles menstruels. Nos critiques ne diminuent en rien l'intérêt de ce travail. Dr Charpentier.

L'intoxication chronique par la morphine et ses diverses formes, par M. le Dr L. R. Régnier (*Thèse de Paris*, 1890).

Ce mémoire inaugural traite d'un sujet d'actualité, car l'habitude de la morphine tend de plus en plus à se répandre dans toutes les classes de la société. L'auteur admet, avec Levinstein, deux catégories d'intoxiqués: ceux dont l'intoxication a une origine thérapeutique, ce sont les morphinisés; et ceux chez lesquels elle reconnaît une origine passionnelle, ce sont les morphinomanes. Les premiers ressentent moins que les autres les effets de la morphine; la maladie initiale, qui les a voué, aux injections hypodermiques, atténue l'action de l'alcaloïdes car on sait que la douleur est le meilleur contre-poison de l'opium et de ses dérivés. Quant aux seconds, ils sont invinciblement poussés à satisfaire leur penchant par une appétence irrésistible qui constitue l'état de besoin ; la morphine détermine chez eux une sensation de bien-être spécial, désigné sous le nom d'euphorie, et la suppression de leur alcaloïde favori amène des désordres souvent terribles auxquels on a appliqué la dénomination d'état d'abstinence. Chez ces sortes de malades, on trouve toujours des stigmates d'hystérie ou de dégénérescence.

Doit-on interner les morphinomanes? C'est une question difficile à résoudre; car, si, d'un côté, il est presque impossible de les guérir en les laissant maitres d'eux-mêmes; d'un autre côté, il serait illégal de les sequestrer sans leur aveu, à moins qu'ils ne se livrent à des manifestations dangereuses pour leur sécurité personnelle et pour la sécurité publique. Em. T.

Sur la paralysie générale spinale à marche rapide et curable, par M. le Dr Farines (*Thèse de Paris*, 1889).

Considérée comme une forme particulière de la maladie de la moelle par MM. Dejérine et Landouzy, cette paralysie est caractérisée par son début rapide avec peu de fièvre ou sans fièvre; sa généralisation rapide et uniforme aux quatre membres avec atrophie présentant la même marche, sans troubles de la sensibilité autres que l'abolition des réflexes, sans contraction, avec intégrité de la face, des sons, des facultés intellectuelles, des réservoirs vésicaux et rectaux, et des fonctions respiratoire et circulatoire, et surtout par sa curabilité complète. L'auteur, avec son maître M. Raymond, ne veut pas y voir une forme spéciale, et la confond avec la paralysie générale spinale aiguë et avec la paralysie générale spinale subaiguë de Duchenne, et ne voit dans ces trois formes que des degrés d'une même maladie. Toutefois, il a grand soin de la distinguer de la maladie de Landry et de l'atrophie musculaire progressive, toujours incurables.

Cependant, l'auteur fait remarquer que le diagnostic entre ces trois degrés d'une même maladie est très important en raison du pronostic tout à fait différent, ainsi que l'indique le nom de curable appliqué aux cas décrits par Landouzy et Déjerine.

Dans la paralysie générale spinale aiguë de Duchenne, le début est dramatique, foudroyant, fièvre intense (ce que conteste l'auteur) ; il y a hyperthermie ; l'inversion est plus rapide, l'atrophie n'est pas généralisée, mais porte plutôt sur certains muscles (jambiers antérieurs, péroniers, sous-lombaires), il y a des douleurs ; il y a, par suite, des attitudes vicieuses après guérison, ce qui ne se retrouve pas dans la forme de Dejérine. Elle se termine par des atrophies irrégulières ou par une atrophie musculaire progressive ou par des récidives ou par la guérison; cette terminaison seule se rencontre dans la forme de Déjerine.

Quant à la paralysie générale subaiguë, elle se distingue de la forme de Déjerine par son mode de début ascendant ou descendant, par ses temps d'arrêt prolongés, sa marche lente, par ses rechutes.

La maladie de Landry, qui présente les caractères de la forme de Déjerine, s'en distingue par son extension au bulbe, aux muscles de la face, aux troubles respiratoires, asphyxiques.

Dans toutes ces formes, la réaction de dégénérescence de Erb est constante (secousse vive à la fermeture du courant positif).

L'auteur admet avec Déjerine et Landouzy que ces diverses manifestations médullaires ne sont que des retentissements locaux d'états infectieux sur des segments ou systèmes de moelle.

Dans la forme Déjerine, la lésion serait limitée aux cellules des cornes antérieures, sans participation des faisceaux pyramidaux. Dr Charpentier.

Etude sur la croissance et son rôle en pathologie générale, par M. le Dr Maurice Springer. — *Thèse de Paris*, 1890.

Laissant tout à fait à l'arrière plan l'étude des mensurations diverses auxquelles nombre de médecins se sont livrés, l'auteur entreprend de donner une revue d'ensemble de la croissance envisagée d'une façon plus générale, comme période de développement de tous les tissus et non seulement comme accroissement en hauteur de l'individu. Après un tableau fourni par l'introduction et le chapitre de physiologie, viennent les pages consacrées aux systèmes organiques divers, tissu osseux, système nerveux vasculaire, lymphatique, appareil digestif. Un dernier paragraphe passe en revue la série des maladies infectieuses que l'état de croissance semble favoriser.

La forme de cette thèse un peu littéraire ne manque pas d'une certaine largeur de vue. Nous aurions peut-être demandé une bibliographie plus touffue.

Quelques expériences sur l'état de la nutrition par privation de substances minérales précèdent les observations de troubles dans la croissance. Dr H. Gillet.

Digitized by Google

FAITS CLINIQUES

Note sur un cas de gastralgie goutteuse (1)

Par M. le Dr M. Fourrier.

Mme D..., cinquante-neuf ans, est d'une famille goutteuse (père goutteux, mort d'angine de poitrine, une sœur goutteuse).

Dans ses antécédents personnels on relève un carcinome du sein gauche enlevé le 5 juillet 1888. Elle habite une maison froide et assez humide; *cependant*, malgré cette condition défavorable et ses antécédents héréditaires, Mme D... est arrivée à l'âge de cinquante-neuf ans sans avoir présenté de symptômes de rhumatisme ou de goutte, à moins qu'on ne veuille rattacher à l'une de ces diathèses le carcinome que nous avons signalé, opinion que nous ne croirions pas fondée.

Ce n'est que depuis septembre dernier qu'elle a commencé à souffrir de douleurs subaiguës dans les articulations des poignets, des genoux et des pieds, douleurs que la colchique a du reste rapidement fait disparaître. Depuis cette époque, aussi, elle a senti sa santé s'altérer légèrement: l'appétit a diminué, quelques troubles stomacaux (pesanteurs, brûlements après le repas) sont apparus en même temps qu'une sensation désagréable de battements épigastriques. Dépôt briqueté des urines. Un peu d'amaigrissement et de perte des forces.

Les choses en étaient-là, quand le 22 janvier dans la nuit, on dut m'appeler en toute hâte près de Mme D., qui, me dit-on, souffrait depuis plusieurs heures d'une violente douleur dans le ventre. Je trouvai en effet ma cliente dans l'état d'une personne souffrant d'une façon aiguë. Elle accuse une douleur siégeant dans le ventre sans localisation bien nette, mais plutôt au niveau de la région ombilicale; cette douleur est vive, constrictive, arrachant des gémissements sourds à la malade qui cherche en vain une position qui puisse atténuer son mal. Mme D... avait bien déjeuné, suivant son habitude, vers midi; dans la journée, pesanteur d'estomac; vers six heures du soir, elle avait commencé à souffrir, puis étaient survenus des vomissements qui, d'alimentaires, étaient rapidement devenus bilieux. Avant mon arrivée il y en avait déjà eu sept ou huit. La palpation de l'abdomen très difficile à cause de l'acuité de la douleur, n'apprend rien de particulier, l'abdomen étant sensible également dans toute sa moitié supérieure. T. 37°5. Une piqûre avec 0,01 gr. de morphine.

23 *janvier*. — La morphine n'a procuré qu'un soulagement de quelques moments. Même état douloureux; encore quelques vomissements bilieux. Constipation. T. 37°8. Deux nouvelles piqûres de morphine sans grand résultat. Mon diagnostic est hésitant, je pose celui de colique hépatique, sans toutefois l'affirmer.

24 *janvier*. — La douleur se concentre vers la région épigastrique. Elle présente des alternatives d'exacerbation et de rémission; durant ces dernières elle persiste sourdement; dans les exacerbations elle est vive mais n'a pas de caractère angoissant. Trois ou quatre vomissements muqueux pénibles. Constipation, urines rares, troubles et foncées. T. 37°, 5, le soir 38°.

Examinée dans un moment d'accalmie, le ventre mou et souple partout présente un endolorissement général. La région hépatique est sensible au même titre que le reste du ventre, mais pas davantage. Le maximum de la sensibilité à la palpation existe au creux épigastrique; à ce niveau on perçoit des battements isochrones au pouls mais sans expansion. Pas de tuméfaction du foie. Tous les organes sont sains. Un de mes confrères compiègnois, le Dr Wurtz, qui voit la malade avec moi ce jour là, porte aussi le diagnostic de colique hépatique.

25 *janvier*. — La douleur se localise nettement au creux épigastrique et le reste de l'abdomen se dégage. Elle est du reste moins violente. Un seul vomissement. Une selle ordinaire après un lavement purgatif. La malade est extrêmement fatiguée mais n'est pas prostrée.

26 *janvier*. — Le matin de ce jour je trouve Mme D. considérablement soulagée; il ne reste qu'un sentiment de pesanteur et d'endolorissement à l'épigastre. La crise s'est éteinte progressivement; il n'y a pas eu ce soulagement brusque, ce sentiment de bien-être immédiat et détente générale que les malades atteints de coliques hépatiques éprouvent quand une de leurs crises vient de se terminer. *Pas de traces d'ictère*. Les urines sont rougeâtres et déposent fortement. *A l'analyse elles n'offrent pas de traces de sels biliaires mais se montrent chargées d'une quantité extrêmement abondante d'acide urique et d'urates.*

En présence de cet examen des urines, j'abandonne absolument le diagnostic que nous avions formulé, mon confrère et moi, et je porte rétrospectivement celui de crise gastralgique d'origine goutteuse.

Les urines sont restées riches en acide urique durant quelques jours, puis peu à peu les digestions se sont rétablies, les forces se sont réparées et au bout d'une vaingtaine de jours la santé était redevenue ce qu'elle était avant la crise.

Ce cas me semble intéressant à cause de l'obscurité forcée de diagnostic qu'il présentait. L'idée qui s'offrait, ici d'abord tout naturellemet, à l'esprit était celle d'une colique hépatique. A quoi songer, en effet, en présence d'une affection douloureuse de l'abdomen, non fébrile, survenant brusquement chez une personne en bonne santé, non saturnine, ne présentant pas de signes d'obstruction intestinale et n'ayant jamais eu de crise de goutte? La douleur n'avait pas, il est vrai, son maximum dans l'hypochondre droit, mais ce fait était loin d'être une raison suffisante pour écarter l'hypothèse d'une colique hépatique. On sait, en effet, que dans bien des cas, la douleur peut siéger exclusivement dans des régions autres que celle du foie. M. le Dr Cyr le rappelait encore récemment dans un intéressant mémoire. (*Archives de médecine*, février 1890.)

Dans le cas actuel il était donc légitime de penser qu'on avait affaire à une crise hépatique calculeuse. L'observation de la fin de la crise seule a pu montrer qu'il n'en était pas ainsi et qu'on était en présence d'une crise d'origine goutteuse. On n'a pas constaté de graviers dans les garde-robes; il est vrai que celles-ci n'ont pas été examinées d'une façon assez approfondie pour que cette absence puisse servir d'argument en faveur de l'origine non calculeuse de la maladie; mais d'autres raisons militent suffisamment dans ce sens: ce sont la disparition progressive de la douleur, *l'absence totale du plus léger ictère* et surtout l'examen des urines qui me semble absolument probant. Il est, en effet, inadmissible qu'une colique hépatique qui aurait duré plus de trois jours ne se soit pas accompagnée d'urines ictériques. Or, pas de traces de sels biliaires dans les urines; mais, par contre, décharges considérables d'acide urique; la nature de l'affection ne peut donc être douteuse. L'absence presque complète d'antécédents goutteux chez notre malade, malgré son âge déjà avancé, était aussi une circonstance qui empêchait de rattacher l'affection à sa véritable cause. La crise gastralgique a été le premier épisode aigu de la maladie diathésique jusque-là latente.

On se rappellera donc que, dans certains cas de douleurs gastralgiques vives, survenant brusquement chez un individu jusque là en bonne santé, le diagnostic entre la colique hépatique et une crise gastrique d'origine goutteuse pourra être très difficile. C'est l'examen des urines qui jugera la situation en dernier ressort.

(1) *Société médico-pratique*, 9 juin 1890.

Digitized by Google

LA RÉFORME DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Le concours actuel d'agrégation

Paris, le 25 septembre 1890.

Mon cher Directeur,

Je viens de lire votre dernier article sur le concours de médecine pour les hôpitaux, et je ne puis m'empêcher de vous dire que je l'approuve pour ainsi dire entièrement, sauf quelques points de détail sans importance. Que de fois ai-je entendu beaucoup de mes collègues ou des candidats au Bureau central exprimer vos idées et d'autres analogues! Vous avez eu le courage de les mettre en avant, et on ne saurait trop vous en féliciter et vous en être reconnaissant. Vous entreprenez une campagne ardue; soyez sûr que vous ne serez pas aussi isolé que vous paraissez le croire, car vous êtes soutenu par tous ceux qu'intéresse notre avenir médical. Le bon sens finit toujours par triompher.

Vous avez mille fois raison de réclamer un concours sur titres scientifiques; vous avez encore raison de vouloir rétablir l'épreuve de clinique et de thérapeutique, si, du moins, tout le monde est d'accord avec vous pour conserver cette épreuve, vous avez toujours raison quand vous attribuez à notre déplorable organisation notre infériorité de productions scientifiques.

Les concours tels qu'ils existent nous paralysent et stérilisent tous nos efforts, c'est certain; je vais plus loin : *ils nous découragent et nous démoralisent.*

Vous venez de le démontrer clairement pour les hôpitaux; mais que n'auriez-vous pas à dire pour l'agrégation?...

Veuillez agréer, etc.

L. Brocq,
Médecin des Hôpitaux.

RÉPONSE A LA LETTRE DE M. BROCQ

Mon cher collègue,

Merci pour votre lettre qui est aussi un acte de courage. Oui, vous avez raison, la campagne que j'ai entreprise est ardue. Aussi, vous suis-je reconnaissant de me faire espérer l'appui de tous ceux que n'aveugle point le sentiment des intérêts personnels.

D'autres lettres que j'ai reçues prouvent que le *Journal des Praticiens*, fort de son indépendance, a très opportunément posé la question de l'enseignement médical. Dans l'une de ces lettres, émanée d'un professeur éminent de la Faculté, dont je tais le nom parce qu'il ne m'a pas expressément autorisé à le publier, on lit cette phrase : « Je ne suis pas un grand partisan du » concours, et je le considère plutôt comme une institu- » tion de *tolérance*. » Dans une autre, due à l'un de nos plus savants maîtres et collègues des hôpitaux, on relève ces mots qui trahissent un certain découragement : « Je » sais tout ce qui est à l'étranger, et il y a longtemps » que j'ai perdu la confiance en nous... »

Vous me demandez si je n'aurais pas quelque chose à dire au sujet de l'agrégation? Dans quelques jours, j'espère vous satisfaire, vous parler encore de ces concours qui « nous découragent et nous démoralisent », comme vous le dites si bien, et montrer une fois de plus qu'on arrive souvent au but par un grand concours... de circonstances.

Mais, ne nous faisons pas d'illusions, mon cher collègue; car si « le bon sens finit toujours par triompher », il a trop souvent de grandes et longues luttes à soutenir contre l'indifférence des uns, le découragement des autres, et surtout contre la coalition autrement puissante et tenace des intérêts personnels. Il y a deux ans, dans mon rapport sur « une mission scientifique en Russie », j'entrevoyais déjà toutes ces difficultés, et je disais, dans des termes que vous me permettrez de vous rappeler, que nous avions contre nous une noble, vénérable et puissante dame...

« Tenez... la voilà qui passe. Tous les jours et par tous les temps, à la même heure et sur le même chemin, vêtue de son costume de cent ans et fidèle à ses habitudes antiques, la petite vieillotte fait sa promenade circulaire, tournant et retournant sans cesse dans un cercle dont elle ne sort pas. Le visage sillonné de rides profondes, les traits immobiles, la physionomie sans expression, les yeux fixés sur le sol, le corps raidi et penché en avant, dans l'attitude de la paralysie agitante, elle trottine, trottine, trottine toujours. D'un mouvement presque automatique, elle tourne souvent la tête : c'est le passé qu'elle regarde. Veut-elle presser le pas et marcher en avant? Elle trébuche; puis, au moindre obstacle, la voilà qui, prise de rétropulsion, revient précipitamment en arrière, et tremblotante, elle s'agite, croyant agir...

» Mais, tout près de la vieille, attentif et fort empressé, quel est donc ce jeune et gros gars, aux jarrets d'acier, aux muscles vigoureux, au ventre proéminent, au regard voilé, à la mine épanouie et à la face rubiconde? C'est son CHEVALIER SERVANT, très bien en cour, c'est son protégé et protecteur à la fois. C'est le *satisfait* de l'heure présente, l'enthousiaste du passé, le contempteur de l'avenir.

» Cette noble dame, vous l'avez reconnue : elle se nomme la ROUTINE !....

» Que faut-il pour la renverser? Un simple coup d'épaule, dites-vous?

» Mais, vous comptez sans le chevalier servant !.... »

Ce tableau de la Routine n'est pas encore complet : j'aurais dû ajouter que le chevalier servant, presque toujours masqué, se cache, se dérobe et se tait; il ne parle pas, il agit en silence et glisse dans l'ombre; âpre à la curée, c'est sa manière, à lui, de conspirer, et périsse la Science française plutôt que la Routine! Par elle, il est entretenu de titres et de faveurs, et c'est ainsi qu'il se contente d'être quelque chose, ne pouvant pas être quelqu'un.

Henri Huchard.

REVUE PROFESSIONNELLE

I. *Le timbre des certificats.* — II. *Dispositions testamentaires en faveur des médecins.*

I. **Le timbre des certificats.** — Sur la demande du Syndicat médical de la Loire-Inférieure, l'administration a fait connaître les certificats soumis au timbre et qui en sont exempts. Ce document peut intéresser les praticiens, le voici :

CERTIFICATS SOUMIS AU TIMBRE : 1° Certificats aux nourrices pour obtenir un nourrisson (ne paraît exempt que s'il est délivré aux nourrices destinées aux enfants assistés.) Rép. général 3578,

2° Certificats pour aliénés (à moins qu'il ne soit purement administratif et destiné à ne servir que dans l'intérieur de l'asile).

3° Certificats de santé pour les Compagnies d'assurances sur la vie.

4° Certificats de maladie ou d'infirmités pour la revision.

5° Certificats de maladie dans les cas d'impossibilité à se présenter au tirage au sort ou au conseil de revision.

6° Certificats pour prolongation de convalescence (civil ou militaire).

Digitized by Google

7° Certificats pour militaires et ecclésiastiques pour obtenir une saison d'eaux thermales.

8° Certificats pour obtenir une retraite.

9° Certificats pour admission dans écoles ou administrations.

10° Certificats pour indemnités des administrations ou sociétés pour traitement médical (sauf le cas de certificat d'indigence).

11° Certificats de maladies pour dispense d'arbitrage, de juré, de témoignage.

12° Certificats pour veuves d'employés à l'effet.

CERTIFICATS EXEMPTS DU TIMBRE — 1° Certificats de vaccine ou de décès :

2° *Certificats délivrés par les médecins délégués et assermentés* (art. 200).

3° *Certificats pour gens de guerre pendant la durée de leur service.*

4° Certificats ou rapports médicaux pour coups, blessures ou meurtre *sur réquisition* du maire, juge de paix, juge, procureur, commissaire, etc. (Décision ministérielle du 10 mai 1874).

5° Certificats pour constater un décès de personne trouvée sur la voie publique, meurtre, accident, suicide, *sur réquisition* de l'autorité.

6° Certificats pour admission dans les hôpitaux ou hospices de vieillesse.

7° Certificats d'infirmités pour secours du département en cas d'indigence.

8° *Certificats constatant la maladie de membres de Sociétés de secours mutuels* (Décision du 29 janvier 1874. — Rép. fr. 4938).

9° *Certificats pour justifier l'absence des enfants malades à l'école* (Décision ministérielle du 23 janvier 1883. — 22165 I. E.

10° *Certificats délivrés aux nourrices conformément à la loi du 23 décembre 1874 (protection des enfants de 1er âge) et au règlement d'administration publique du 27 février 1877 pour constater les aptitudes physiques des nourrices (Décision ministérielle du 9 mai 1885. — Rép. perrio. N° 6969).*

11° *Certificats constatant la vaccination des enfants des écoles primaires* (Décision ministérielle du 23 avril 1889. — Rép. 7240).

II. **Dispositions testamentaires en faveur des médecins.** — D'après l'article 909 du Code civil, les docteurs en médecine ou en chirurgie, les officiers de santé et les pharmaciens qui auront traité une personne pendant la maladie dont elle meurt, ne peuvent profiter des dispositions entre-vifs ou testamentaires qu'elle aura faites en leur faveur pendant le cours de cette maladie.

Comment faut-il interpréter ces mots : « dernière maladie » ?

La maladie « dont on meurt » peut remonter à la naissance ; dès lors, une interprétation stricte de la loi serait contraire au sens commun.

On doit donc, comme la cours d'Angers l'a décidé le 20 mai dernier, adopter une autre interprétation et tenir compte, dans le cours d'une maladie chronique, des phases durant lesquelles la vie ordinaire a été possible dans l'intervalle de crises ou de manifestations morbides. Au demeurant, la dernière maladie ne commence que du jour où la déchéance se produit sans interruption prolongée. En voici la preuve :

Mme B... tante du Dr B... lègue sa fortune à son neveu qui l'avait soignée jusqu'à sa mort. Le testament était du 28 octobre 1884 et le décès du 9 janvier 1890. Les héritiers intentèrent un procès au Dr B... prétendant que le testament avait été fait durant la dernière maladie.

Voici un extrait du jugement du tribunal, donnant droit à notre confrère.

« Attendu, en droit, que la dernière maladie ne commence pas avec le germe fatal qui, plus tard, entraînera la mort ;

Que conformément au principe posé par la Cour de Paris dans son arrêt du 8 mars 1867, le point de départ de la maladie doit être au contraire fixé au moment où est arrivé pour le malade l'état morbide qui défie tous les efforts de la médecine et n'admet plus que les palliatifs pour la douleur et les distractions pour les préoccupations du malade, ou en d'autres termes, à la période où l'état du malade a été définitivement déclaré désespéré et où les progrès nécessaires du mal ont dû bientôt amener la mort ;

» Attendu que la dame B... a vécu plus de cinq années après la confection de son testament du 28 octobre 1884 ;

» Qu'il résulte des énonciations de son registre domestique que, en particulier pendant le second semestre de 1884, c'est-à-dire pendant les mois qui ont précédé et suivi l'époque de la confection du testament, la dame B... était dans un état de santé qui lui permettait de : 1° faire en août des voyages de pur agrément, notamment sur les bords de la mer, à Pornic et à Préfailles, ainsi qu'une excursion à l'île de Noirmoutiers ; 2° diriger son intérieur et tenir compte de ses dépenses quotidiennes avec la plus minutieuse exactitude ; 3° prendre en novembre et en décembre des abonnements aux concerts et au théâtre ;

» Que, à la même époque, elle ne faisait que des dépenses insignifiantes de médicaments ;

» Qu'il appert de la correspondance versée aux débats et émanant tant de la testatrice que d'une amie de cette dernière ou du docteur Bahuaud, que, à partir de 1888, la tante de la dame B... semble plus sérieusement compromise ; mais que l'état révélé par cette correspondance, de même que tous les autres éléments démontrent encore manifestement que, plus de trois ans auparavant, à l'époque de la confection du testament, la dame B... n'était ni une mourante, ni une malade désespérée, que la maladie de cœur et de nerfs, dont elle pouvait être alors atteinte, n'était pas en tous cas susceptible d'être considérée comme ayant, suivant la doctrine de l'ancien droit, un trait prochain à la mort, non plus comme se rattachant à la mort d'une manière immédiate et déterminante, etc.

» Déclare les héritiers mal fondés dans leur demande et repousse les conclusions subsidiaires à la fin d'enquête. »

On le voit cette jurisprudence ne tient pas compte de l'argument « de la personne interposée » ; argument contesté d'ailleurs et sur la valeur duquel, quand il s'agit d'une tante comme dans le cas actuel, les tribunaux sont loin de s'entendre. N. D.

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

Croup et trachéotomie.

Valenciennes, 24 septembre 1890.

Depuis l'année 1887, nous avons pratiqué onze fois la trachéotomie chez l'enfant atteint de croup.

Ces trachéotomies, tout naturellement, ont été faites dans des circonstances différentes d'âge et de résistance, pour croup d'emblée ou consécutif à une angine diphthéritique plus ou moins grave et plus ou moins infectieuse, avec des lésions bronchiques ou pneumoniques d'intensité variable ; elles ont été faites, en somme, dans des circonstances moyennes d'opération.

Dans tous les cas, c'est sous le chloroforme que l'enfant a été opéré, et nous pensons que le chloroforme est fort utile dans cette opération. Outre qu'il supprime la résistance de l'enfant, point qui a son importance, il nous a paru que la période d'excitation était toujours peu accusée, que pendant la chloroformisation la respiration se calmait, que l'inspiration était plus facile.

Jamais, nous n'avons eu d'accident pendant l'administration du chloroforme qui a toujours été donné lentement et en approchant graduellement de la face la compresse imbibée.

Digitized by Google

L'âge de ces trachéotomisés variait de 11 mois à 9 ans. En voici le tableau :

11 mois	5 ans.
2 ans 1/2	6 »
3 »	6 »
4 » 1/2	6 »
5 »	7 »
	9 »

Ceux qui succombèrent étaient âgés de : 11 mois, 2 ans 1/2, 4 ans 1/2, 5 ans, 5 ans, 6 ans, 6 ans, et voici les causes de la mort.

Le jeune enfant de onze mois mourut le lendemain de l'opération ; insuccès qui ne doit pas étonner en égard à la gravité du croup et de la trachéotomie à cet âge.

L'enfant de 2 ans et demi mourut aussi le lendemain de l'opération, mais subitement, sans que nous ayions pu trouver la cause bien nette de ce décès.

L'opéré de 4 ans et demi succomba dans des circonstances fâcheuses, et ce fut pour notre excellent confrère et ami, le docteur Lartisien (de Denain) et pour nous un réel désappointement, car nous comptions sur un succès.

La trachéotomie fut faite le 9 septembre ; pendant six jours, tout alla bien. Le jeune opéré le 15 septembre était gai, jouait, s'alimentait ; quand le 16, il devint triste, somnolent, la température s'éleva, la toux devint fréquente, sans que l'on pût trouver la cause de ce changement.

Le 18, l'éruption rubéolique apparaissait nettement (il y avait alors une épidémie de rougeole dans la localité), et, presque en même temps que l'éruption, les bords de la plaie devinrent livides pour se gangréner rapidement ; en effet, le 20, une couronne de tissus sphacélés entoure la canule comprenant la peau et les tissus sous jacents, la trachée est à nu et l'enfant meurt dans la journée.

L'arrivée de cette gangrène ne nous surprit pas outre mesure, car nous nous rappelions un cas bien intéressant que nous avions observé à Lille, à l'hôpital Saint-Sauveur, au début de nos études médicales.

Sur la poitrine d'un jeune enfant atteint de rougeole compliquée de broncho-pneumonie, un vésicatoire de quelques centimètres carrés fut appliqué durant deux heures.

Une plaque de gangrène de la largeur du vésicatoire suivit qui mit à nu les côtes et les cartilages costaux.

Nos autres opérés moururent, du troisième au sixième jour, de broncho-pneumonie. Ceux qui guérirent étaient âgés de 3 ans, 6 ans, 7 ans, 9 ans.

La canule fut enlevée en suivant cet ordre le 9e, le 8e, le 10e et le 5e jour ; mais nous n'enlevons jamais d'emblée la canule, un plus petit calibre remplace toujours le calibre approprié à l'âge de l'enfant et, si une fois cette canule enlevée, quoique la respiration puisse se faire facilement, l'opéré manifeste des craintes et respire difficilement, nous essayons de le tromper en lui appliquant simplement la plaque qui supporte la canule, absolument comme si celle-ci était en place ; ce procédé nous a réussi deux fois.

En somme, sur onze trachéotomies, nous avons eu quatre guérisons : soit 36 0/0 de succès, résultat satisfaisant sans contredit, mais le milieu dans lequel nous opérions, à la ville ou à la campagne, nous était favorable.

Dr Wins.

Ancien interne des hôpitaux.

Tuberculoses chirurgicales et inhalations fluorhydriques.

Tourcoing, 26 septembre 1890.

Les recherches que je poursuis depuis trois ans sur l'action des inhalations fluorhydriques chez les tuberculeux m'ont conduit à des résultats qui me semblent devoir faire prendre en sérieuse considération ce mode de traitement, selon moi, trop tôt abandonné.

J'ai observé en particulier que les inhalations fluorhydriques ont la plus heureuse action sur les tuberculoses chirurgicales. Les enfants, que j'ai surtout traités, étaient atteints de mal de Pott avancé ; l'un d'eux présentait un vaste abcès par congestion.

J'ai remarqué chez ces malades un retour rapide de l'appétit et la plus heureuse influence sur l'état général. Mais, le critérium d'une véritable amélioration étant ici l'augmentation de poids, je me suis appliqué à peser régulièrement mes malades. J'ai pu constater une augmentation de poids très notable. Deux de mes petits malades ont gagné en quelques mois le tiers de leur poids primitif.

Cette note a pour but de prendre date.

J'en conclus :

1° Que les inhalations fluorhydriques ont une action très heureuse sur les tuberculoses chirurgicales ;

2° Que ce n'est pas par leur action directe sur le bacille de la tuberculose qu'agissent les vapeurs fluorhydriques.

Dr Bo rgeois.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MÉDECINE

Quelques indications thérapeutiques de l'ulcère de l'estomac.

I. Le *régime* classique est, on le sait depuis Cruveilher, la diète lactée absolue.

Dans le cas d'intolérance absolue pour le lait, Bamberger permet l'usage des extraits de viande et des peptones.

II. *Les indications symptomatiques* sont de combattre : 1° la cardialgie et la gastralgie ; 2° la flatulence ; 3° les vomissements ; 4° les hématémèses.

Contre les *douleurs stomacales spontanées* : injection de morphine, cataplasmes, sinapismes ; contre *les douleurs provoquées par les aliments* : usage du lait ou d'aliments liquides.

On peut prescrire, en cas de besoin, cinq gouttes de la mixture suivante dans quelques cuillerées d'eau (Bamberger).

Hydrochlorate de morphine....	0,10 centigrammes
Eau de laurier cerise.....	0,10 —

Les gouttes blanches de Gallard contiennent le double de morphine pour la même quantité d'eau de laurier cerise ; les ordonner à doses moitié moins élevées.

S'il existe de la constipation en même temps que la gastralgie : prescrire la belladone au lieu de la morphine.

Extrait de belladone	0,10 centigrammes
Hydrolat de laurier cerise.....	0,10 —

Dose : 4 à 8 gouttes.

Les prises de Bartholow répondent en partie à cette même indication. En voici la formule.

Sous-nitrate de bismuth.....	15 grammes
Sulfate de morphine.....	0,10 centigrammes

M. s a. et divisez en dix prises.

Prendre une de ces prises dans du lait au moment des trois ou quatre repas principaux.

Digitized by Google

On peut ici aussi, avec Bamberger, remplacer la morphine par l'extrait de belladone et ordonner :

Extrait de belladone	0,25 centigrammes
Sous-nitrate de bismuth.....	0.50 —

M. s. a. et divisez en dix prises. Trois par jour.

Contre les *vomissements* on dispose de la glace, de la réfrigération cutanée sur la région épigastrique (sac à glace), révulsifs, emplâtres belladonés; ou bien de la potion de Guéneau de Mussy :

Sous-nitrate de bismuth.....	2 grammes
Extrait de belladone.....	0,10 centigrammes
Julep gommeux.....	125 grammes

F. s. a. une potion à donner par cuillerée dans les vingt-quatre heures.

Contre les *flatulences* : magnésie calcinée; une demi-cuillerée à café trois fois par jour.

Contre l'*hématémèse* : glace à l'intérieur; le tanin, l'acétate de plomb et enfin l'antipyrine. L'acétate de plomb se prescrit en prises et en association avec la morphine. Le tanin s'ordonne sous la même forme et en association avec l'opium.

Acétate de plomb.....	0,20 centigrammes
Hydrochlorate de morphine....	0,10 centigrammes
Sucre blanc pulvérisé.....	5 grammes

M. s. a. pour dix paquets. Cinq par jour : à prendre d'heure en heure.

Ou bien :

Tanin pulvérisé.....	0,60 centigrammes
Opium brut pulvérisé.....	0,20 centigrammes
Sucre pulvérisé	6 grammes

M. s. a. et divisez en dix paquets. Un paquet toutes les deux heures.

L'antipyrine, en raison de ses propriétés hémostatiques, signalées par Henocque, Huchard, Arduin, etc., me paraît indiquée; je l'administre en cachets à la dose de 0,60 centigrammes d'heure en heure, pendant cinq heures. Associée à la cocaïne, elle m'a rendu les mêmes services.

Hydrochlorate de cocaïne.....	0,10 centigrammes
Antipyrine.....	3 grammes

M. s. a. et divisez en cinq paquets semblables. Faire suivre l'administration de chaque cachet par l'ingestion de quelques cuillerées de grog; un liquide alcoolisé favorisant l'action de l'antipyrine.

C. Eloy.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 septembre 1890

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

Résection d'un rétrécissement de l'urèthre. — M. Horteloup lit l'observation d'un jeune homme qui, à la suite d'une chute à califourchon, n'avait éprouvé que des accidents légers. Un an après, il y eut rétention complète d'urine, accompagnée de vives douleurs. Au niveau du point rétréci, M. Horteloup fit une résection du canal de 3 centimètres de long sur une profondeur égale. Onze jours après, on passait le béniqué n° 50. La guérison s'est maintenue depuis six ans et demi. — Cette opération doit être réservée aux rétrécissements traumatiques ayant résisté à l'uréthrotomie interne ou externe.

Des leucocytes du sang. — M. Maurel (de Toulouse) fait connaître le résultat de ses recherches. Il résulte que la température minimum à laquelle peuvent vivre les leucocytes est de 16°. Ils meurent à 14°. De 16° à 20°, ils résistent. De 20° à 25°, ils se forment. A 38°5, ils ont leur maximum d'activité, qui cesse à 47°. M. Maurel pense qu'il existe un rapport constant entre la température normale et la température maxima supportée par les leucocytes et qu'il est probable que ceux-ci ne restent pas étrangers dans la fixation de la température normale.

Intervention chirurgicale dans la rétention biliaire. — M. Terrier lit l'observation d'une femme de 56 ans qui était sujette aux coliques hépatiques depuis vingt-cinq ans. Depuis quatre mois, les coliques étaient subintrantes. L'état était très grave : l'excrétion de l'urée était tombée à 6 grammes par jour. M. Terrier ouvrit l'abdomen le long du bord externe du grand droit. Arrivé au niveau de la vésicule, il constata qu'elle était distendue. La ponction donna issue à un quart de litre de mucus légèrement teinté par la bile. Les calculs étaient assez nombreux. On ouvrit la vésicule, les calculs furent enlevés. On mit une ligature sur le canal cystique. La vésicule fut disséquée. Un tube à drainage fut mis depuis le col de la vésicule jusqu'à la paroi abdominale. La malade guérit. Il se faisait par la plaie un écoulement de bile insignifiant qui cessa au bout d'un mois.

M. Terrier fait observer que le contact de la bile avec le péritoine ne présente pas les dangers qu'on redoutait.

M. Hayem est de cet avis. Il cite le fait d'un enfant chez qui, à la suite de la rupture traumatique de la vésicule biliaire, il se fit un épanchement de bile dans le péritoine, et qui ne mourut que deux mois après.

MM. Ollivier et Lancereaux sont d'avis que l'intervention chirurgicale dans le traitement des affections biliaires s'impose de plus en plus.

Dépopulation de la France. — M. Lagneau propose, pour la combattre, de ne retenir sous les drapeaux les jeunes gens que le moins de temps possible. Pour y arriver, il propose d'exercer, dans les écoles, les enfants au maniement des armes. Il demande la suppression de certains droits de consommation et des lois protectionnistes. Il propose de donner plus de voix, dans les votes, aux pères de famille qu'aux célibataires. Ceux-ci seraient, en outre, soumis à un impôt dont le montant servirait aux enfants assistés.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Le dépeuplement de la France et l'Académie. — Le sous-ministère de l'hygiène. — La réforme universitaire. — Aux professeurs des Ecoles Préparatoires de médecine.

L'Académie de médecine, loisirs de vacances, s'occupe de repeupler la France. Une louable intention! Reste à savoir, cependant, si ce problème n'est point d'ordre économique plutôt que médical et si le débat ne serait pas mieux en place à l'Académie des sciences morales et politiques que devant la savante Compagnie de la rue des Saints-Pères?

Cette grave et douloureuse question du dépeuplement de la France est surtout politique et sociale. Membre du Parlement, M. Javal l'avait ainsi compris en obtenant le vote de la disposition législative qui porte son nom... M. Lagneau l'a aussi prouvé naguère, en soumettant à

Digitized by Google

l'Académie des sciences morales et politiques les conclusions de ses patientes et longues études. Pourquoi donc introduire à nouveau la question devant l'Académie de Médecine?

S'il convient aux médecins de reconnaître et de traiter la stérilité physique de l'individu, il appartient plutôt aux économistes de rechercher et de faire disparaître, s'ils le peuvent, les causes sociales de la stérilité publique.

Ne sutor, ultra crepidam; Horace ce me semble le disait. A chacun son métier: c'est, en d'autres termes, M. Prudhomme qui souvent le répète. M. Prudhomme, Horace et la logique étant d'accord pour une fois, pourquoi imposer à une assemblée médicale un problème qui n'est point entièrement de sa compétence?

Voilà ce que tout le monde se demande hors de l'Académie. Voilà aussi, j'ai motif de l'écrire, l'avis judicieux formulé, dans l'Académie, par un grand nombre de nos Saints-Pères.

***

Les débats, sans issue, ont d'ailleurs des inconvénients. Des gens habiles et qui voient plus loin, sont seuls à en chercher profit. En voulez-vous la preuve?

En ce moment, ils estiment que cette occasion est propice pour remettre en avant une proposition un peu vieillie et oubliée. Il s'agit de procurer aux citoyens français l'honnête mais coûteuse distraction de posséder un ministère de plus. Cela évidemment leur manque. Ces bons contribuables ne payent point assez d'impôts et le besoin se fait sentir, dans les antichambres administratives, d'un nouveau sous-ministère.

Un sous-ministère? On sait, ce que cela veut dire, c'est un acheminement vers le ministère.

Ce sous-ministère aurait le nom de sous-ministère de l'hygiène publique. Nous avons déjà au ministère de l'Intérieur une Direction de l'hygiène dont l'honorable titulaire a rendu à la santé publique de nombreux services. Il y a là aussi un Secrétaire d'État dont l'énergie vient de prouver ce qu'un administrateur habile sait faire au moyen des lois existantes pour prévenir l'invasion des épidémies. Il y a un Comité consultatif d'hygiène qui, s'il n'est point parfait par son mode de recrutement, rend aussi quelques services. Eh bien! cela ne suffit point. Il faut un sous ministère dont une note discrète insérée dans le *Petit Journal*, a la prétention de démontrer l'urgence et l'utilité.

Lisez plutôt:

« Le moment paraît assez bien choisi pour rappeler un projet chaudement patronné, il y a quelques années, par MM. Pasteur et Brouardel: la création d'un département de l'hygiène, dont le chef, sorte de sous-secrétaire d'Etat, serait maître absolu de ses services et aurait tout pouvoir pour prendre les mesures, quelles qu'elles fussent, qu'il croirait utiles à l'hygiène.

» On arriverait sans doute à conjurer encore bien des épidémies dont le développement est simplement favorisé par les « lenteurs administratives ».

Ah! quelle modestie! Quelle discrétion! On ne saurait trop admirer ces vertus.

A une époque où les *Coulisses* sont en si grande mode, il faudrait ignorer, je pense, celles du journalisme contemporain, pour se méprendre un seul instant sur l'objet et l'adroite candeur de cette innocente note. Pour faire un ministre — c'est de naïve évidence — il faut, cette expression barbare est consacrée, pardonnez la moi, — il faut, dis-je,... un *ministrable*.

Quel serait le ministrable ou plutôt le sous-ministrable? Le rédacteur inspiré du *Petit Journal*, ne le dit pas. Serait-ce un hygiéniste par conviction et par profession? En ce cas, pourquoi en faire un sous-ministre, à cette heure même où le Directeur des services d'hygiène, et le Secrétaire d'Etat à l'Intérieur consultent volontiers le Comité d'hygiène et se font un devoir d'en adopter les décisions?

Serait-ce un hygiéniste doublé d'un homme politique? En temps de crises ministérielles il est toujours utile de disposer d'un portefeuille ou même d'un demi-portefeuille en faveur d'un ami! C'est vrai, j'en conviens! Mais alors c'est l'instabilité scientifique installée à la tête d'un grand service public. Autant de sous-ministres; autant d hygiénistes d'écoles ou d'opinions différentes. On se plaint, depuis vingt ans, de l'instabilité ministérielle; Dieu nous garde de cet autre fléau : l'instabilité hygiénique.

Il serait plus urgent de réclamer un recrutement plus libéral des membres du Comité d'hygiène; leur élection par le corps médical ou par les conseils départementaux : bref la constitution d'un Comité qui soit le représentant non pas de quelqu'un ou de quelques-uns, d'un homme ou d'une école, mais de la majorité des hygiénistes français.

Je me trompe; ce n'est point cela que l'on réclame! Des places, des fonctions, beaucoup de places : beaucoup de fonctions; des mandarins, des mandarinats et des boutons... Oh! le bouton, et surtout le bouton sous ministériel! Tout est là!

Pour l'hygiéniste candidat au demi-portefeuille, et pour l'inspirateur du *Petit Journal*, voilà donc le moyen héroïque d'arrêter le choléra à la frontière et d'en imposer au bacille de la fièvre typhoïde! On ne s'en doutait point, n'est-ce pas? Après cela, ne pensez-vous pas qu'il était bien inutile, il y a deux mois, de faire manquer, à M. Proust, les banquets et les cérémonies du Congrès de Berlin, pour l'envoyer en exploration sanitaire dans les Pyrénées et bien superflu, dans ce mois où la saison des bains de mer est close, de déléguer M. Brouardel en excursion maritime sur la plage de Trouville pour y découvrir l'origine de l'épidémie typhoïdique du pays de Caux?

***

Ma dernière *Revue de l'enseignement médical* m'a valu une lettre de notre très distingué confrère, M. le Dr Ledru, directeur de l'école de médecine de Clermont-Ferrand. Fidèle aux habitudes d'impartialité du *Journal des Praticiens*, nous la reproduirons et la discuterons dans l'un de nos prochains numéros.

Nous remercions notre éminent confrère d'avoir compris qu'en formulant librement nos critiques, nous obéissons à une impérative conviction. MM. les professeurs des écoles préparatoires le comprendront aussi, je n'en doute point.

Digitized by Google

En présence des projets soumis au Parlement et des vœux formulés de divers côtés pour la création d'Universités régionales, la question du maintien, de la suppression et de la transformation des Ecoles préparatoires se trouve implicitement posée. Pour les dédommager de nos critiques, nous ouvrons donc, largement, aux observations, de nos honorables adversaires, les colonnes de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*.

Nous inspirant des paroles d'un maître, qui fut l'honneur du journalisme médical français, je pense avec Dechambre qu'il « est des moments où l'on doit tout « dire » et que « dans ces moments-là, il est sage de « tout écouter ».

CH. ELOY.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

Concours, faveur et administration. — Un jeune imposteur, Peratoner, — un nom prédestiné, — avait obtenu, il y a quelques mois, au moyen d'un faux diplôme de docteur, son inscription par le directeur de l'Hôpital général de Vienne, sur les registres des assistants de cet hôpital. Récemment, il fut arrêté pour vol, et l'instruction judiciaire démontra que ce prétendu docteur n'avait jamais fait aucune étude médicale, et que la bonne foi du directeur avait été surprise. Elle était, il faut l'avouer, un peu naïve. Dans son dernier numéro, l'*International Klinische Rundschau* fait les réflexions suivantes :

« Le cas de Peratoner nous a appris que l'on peut, sous le masque médical, pratiquer, pendant de longues semaines, dans un grand hôpital de Vienne, sans avoir jamais jeté un regard dans les arcanes de la médecine. Et, chose digne de remarque, ce n'est pas l'ignorance de ce jeune imposteur qui l'a fait démasque, mais une incursion fortuite qu'il s'est permise sur un tout autre terrain. Sans cela, il donnerait, aujourd'hui encore ses ordres au lit du malade, et son enseigne brillerait toujours dans Margarethnerstrasse. »

Ce fait divers assez banal a mis en émotion un des rédacteurs de la *Gazette des hôpitaux* et, après lui, le rédacteur en chef de la *France médicale* qui déclare s'associer « pleinement aux conclusions » de l'ancienne Lancette française.

Lisez plutôt, c'est la *Gazette des hôpitaux* qui écrit :

On crie beaucoup contre le recrutement du haut personnel médical de nos hôpitaux. De toutes parts, ce ne sont que plaintes et récriminations contre ces concours interminables qui prennent l'étudiant français au début de sa carrière et le conduisent plus ou moins péniblement aux situations enviées de médecin des hôpitaux et de professeur à la Faculté !

A chaque instant, on nous chante les louages des pays étrangers, on nous fait admirer ce qui se passe en Autriche, en Allemagne surtout ; et l'on vient à trouver (peut-être parce que cela vient d'Allemagne) que le simple choix et la faveur sont les seules méthodes rationnelles pour le recrutement de l'état-major médical. On va peut-être un peu loin dans cette voie, et l'on semble oublier que les reproches doivent s'adresser moins au concours lui-même qu'à certains de ses défauts. On demande la suppression du concours, parce que, de temps en temps, ses règlements sont enfreints et ses lois violées. On proteste, à juste titre, quand on soupçonne qu'un peu de faveur n'a pas été étrangère à la décision d'un jury. Mais, en bonne logique, qui croirait que toutes ces protestations ne tendent qu'à une chose : supprimer le concours et le remplacer par le libre choix des maitres déjà nommés !

Êtes-vous édifiés ? Un vieux dicton prétend que pour voir clair dans les ténèbres il ne faut pas seulement avoir une lanterne, mais qu'il faut aussi l'allumer. Notre estimé confrère tient la lanterne dans sa main quand il reconnaît « les défauts » des concours actuels. Seulement, omission petite, bien petite et tout à fait négligeable, il oublie de l'allumer pour éclairer le lecteur sur les remèdes destinés à « empêcher la faveur », à « prévenir les infractions » aux règlements et le « viol » des lois du concours.

Vertueuse, prudente et chère *Gazette*, — permettez-moi de vous en faire la remarque, — cela n'était pas inutile pour vous empêcher de croire, impartiale et charitable appréciation, « que toutes ces protestations ne tendent » qu'à la suppression du concours !!! »

CH. ELOY.

INFORMATIONS

ÉTRANGER

ALLEMAGNE. — **Les suicides dans les écoles.** — De 1883 à 1888 on a compté parmi les écoliers le nombre suivant de suicides : en 1883, 58 ; en 1884, 41 ; en 1885, 40 ; en 1886, 44 ; en 1887, 60 ; en 1888, 66. Les suicidés étaient les uns (240) du sexe masculin ; les autres (49) du sexe féminin.

Il a été difficile de déterminer la cause de ces morts violentes : toutefois dans 45 cas, il s'agissait de désordres cérébraux.

AUTRICHE. — **Mesures sanitaires contre l'ophtalmie granuleuse.** — La fréquence de cette affection dans la Hongrie méridionale a décidé le ministre de l'Intérieur à constituer un enseignement spécial sur la prophylaxie et le traitement de cette affection.

Des cours ont été institués à l'usage des médecins, qui recoiventune indemnité pour les suivre, dans les villes les plus importantes, notamment à Szegedin.

BELGIQUE. — **Société de médecine d'Anvers.** — *Concours de* 1890.

1re question : *Préciser les conditions de la laparotomie dans la dystocie.*

2e question : *Exposer le traitement médical et chirurgical de la lithiase biliaire.*

3e question : *Traitement des plaies perforantes de l'abdomen.*

Le prix pour chacune de ces questions consistera, selon le mérite de l'ouvrage, en une médaille d'or (de la valeur de 100 francs), une médaille d'argent ou une mention honorable, le titre de membre correspondant, la publication du mémoire dans les Annales de la Société et cinquante exemplaires tirés à part pour l'auteur.

Les mémoires ne pourront avoir plus de deux feuilles (soit trente-deux pages) d'impression, et devront être envoyés au Secrétariat, Avenue des Arts, 52, *dans les formes académiques habituelles*, avant le 1er juin 1891.

BIRMANIE. — **Statistique vaccinale.** — En 1889-1890 il a été pratiqué 120,552 vaccinations dans la Basse-Birmanie et un nombre à peu près égal dans la Haute-Birmanie. Pendant l'année précédente, ce nombre n'avait été que de 92,914. Le coefficient des succès a été de 86,1 pour cent.

ITALIE. — **Les cimetières communaux en Italie.** — D'après un document officiel intitulé : *Condizioni Igienischee Sanitarie dei Comuni del Regno* : on constate que sur 8.258 commu-

Digitized by Google

nes, 7.864 seulement avaient un cimetière en 1886, tandis que 120 communes conduisaient leurs morts sur le territoire de villages voisins.

Dans 274 communes, les inhumations se font dans des églises ou des charniers; 628 les inhument dans des fosses communes. Toutefois depuis 1885, on constate que de 815 le nombre des fosses communes est descendu à 287.

Enfin 2.066 communes possédant des cimetières, ont ces derniers à une distance des habitations, inférieure à 200 mètres, zone d'isolement reconnue nécessaire par la loi.

NOUVELLES SANITAIRES

ÉTRANGER

Espagne. — **L'épidémie cholérique de 1890.** — Les dernières informations sont loin d'apprendre une diminution de l'épidémie. Durant ces dernières semaines, celle-ci a augmenté en intensité et c'est toujours dans la province de Valence que se trouve le principal foyer de la maladie.

Pendant la semaine finissant le 27 septembre, on a compté plus de cinq cas et 251 décès. Depuis le début de l'épidémie jusqu'au 19 septembre, on avait signalé officiellement 4189 cas et 2123 décès, Il est à remarquer qu'il y a des différences très notables entre les diverses statistiques qui ont été publiées.

Asie Mineure. — C'est le 8 septembre, à Meskéné, que l'on a observé le premier cas cholérique, d'après notre correspondant d'Alep. L'origine de cette épidémie serait sa transmission par les tribus pastorales des Anezoh, qui, à cette époque, émigrent de la basse vers la haute Mésopotamie. Du 9 au 12 septembre, dans le village de Meskéné, on comptait 56 cas et 30 décès. Un cordon sanitaire fut établi, mais parmi les soldats qui le formaient, sept succombèrent le 11 et le 12 septembre.

Six jours après, le 14 septembre, Alep était contaminée et, au moment où notre correspondant nous écrit, 21 septembre, l'épidémie continue de sévir sur la population de la ville. Un cordon sanitaire a été établi et on pratique la désinfection des maisons contaminées trois fois quotidiennement.

Par contre, il nous annonce sa disparition dans les villayets de Mossoul, Von et Drocbékir.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Nominations dans le corps de santé militaire (Activité). — *Au grade de médecin principal de première classe.* — MM. Breton, Sommeiller.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. Berger, Sorel, Annequin.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. Ravenez, Grosse, Demandre, Marmonnier, Bruant, Cadot, Robert, Dubujadoux.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Guérin, Valissant, Péradon, Clary, Rémy, Véret.

(Réserve). — *Au grade de médecin aide-major de deuxième classe.* — MM. Freulon, Ehpolianski, Montillier, Cochery, Garnier, Thiéry, Jolly et Parisot.

(Armée territoriale.) — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. Valois, Dodin, Sauvage, Monnier, Broussin, Vermeil, Menetrier et Chatelier.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. Mercier, Kœnig, Carl, Tagent, Gilly et Reboul.

Ecoles annexes du service de santé de la marine. — Le ministre vient de répartir comme suit les chaires d'enseignement dans ces Ecoles :

Ecole de Brest : *Pathologie exotique et hygiène navale*, M. le médecin principal Duchâteau. *Chirurgie militaire et navale*, M. le médecin principal Bodet. *Anatomie*, M. le médecin de 1re classe, Brédiam. *Petite chirurgie*, M. le médecin principal Guyot.

Ecole de Rochefort : *Pathologie exotique et hygiène navale*, M. le médecin en chef Bourru. *Chirurgie militaire et navale*, M. le médecin principal Fontorbe. — *Anatomie*, M. le médecin principal Burot. *Petite chirurgie*, M. le médecin principal Galliot.

Ecole de Toulon : *Pathologie exotique et hygiène navale*, M. le médecin principal Abelin. *Chirurgie militaire et navale*, M. le médecin en chef Rouvier. *Anatomie*, M. le médecin principal Fontan. *Petite chirurgie*, M. le médecin de 1re classe M. F. Bertrand.

Epidémies de fièvre typhoïde — Une épidémie de fièvre typhoïde s'est déclarée à Nancy dans le 4e bataillon de chasseurs à pied. On y a constaté plus de cent malades.

A Saintes, existe un foyer de fièvre typhoïde depuis plusieurs mois.

Un régiment d'infanterie de marine, qui a séjourné quelques jours dans cette ville a eu, quelques jours après son passage dans cette ville, un certain nombre de malades.

On signale quelques cas de fièvre typhoïde à Arles.

Angleterre. — **La mortalité des officiers du corps de santé.** — Cette mortalité est plus élevée que celle des officiers de troupes dans le rapport de trois à deux. On attribue en partie cette mortalité à l'obligation qu'ont ses officiers de séjourner aux colonies durant six années, tandis que la relève des officiers de troupes se fait tous les cinq ans au maximum. C'est aux Indes, surtout, qu'il en est ainsi. On voit que là, comme ailleurs, on est trop peu disposé à tenir compte des risques professionnels auxquels les officiers du corps de santé sont exposés dans toutes les armées.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Chaslin. — Contribution à l'étude des rapports du délire avec les hallucinations (*Annales Méd. psych.*, juillet-août 1890, p. 45).

Crispi. — Trois cas d'occlusion intestinale par tumeur fœcale guéris par l'électricité (*Revista clinica e terap.*, juin 1890, p. 297).

Dauchez. — De l'immunité relative et de la bénignité de la grippe épidémique dans le jeune âge (*Revue mensuelle des mal. de l'enfance*, juillet 1890).

Dana (Ch.). — Des formes de l'hémorragie cérébrale (*The New-York Med. Record*, 16 août 1890).

Forlanini. — Contribution à un traitement de l'érupyème pleural (*Il policlinico*, n° 10, 23 août 1890).

Forlanini. — Etiologie et pathogénie de l'emphysème pulmonaire (*Il policlinico*, 23 juillet 1890).

Hartley (F.). — De l'appendicité (*New-York Médical Record*, 16 août 1890).

Hofmeister. — Diabète sucré (*Wiener Klin. Woch.*, mai 1890).

Krafft-Ebing. — Sur la manie (*Internat. Klin. Rundschau*, 1890, n° 24).

Ladame. — Des psychoses après l'influenza (*Annales méd. psych.*, juillet-août 1890, p. 20).

Laramée. — De l'angine de poitrine (*Union méd. du Canada*, juin 1890, p.281).

Liebig (Y. von). — Le mal de montagne (*Wiener Medizin. Blætter* 1890, nos 17 et 18).

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEDER, 237, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE N° 41 8 OCTOBRE 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

COMITÉ DE RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Tenon. — M. le Dr CHAPUT

Typhlite, périty phlite et appendicite (1)

Si j'ai insisté sur la recherche de la typhlo-appendicite comme cause de péritonite généralisée, c'est que cette notion crée des indications spéciales. Il ne suffit pas, en effet, de faire la laparatomie avec lavage et drainage, il importe encore de supprimer la perforation et le foyer d'où les microbes pathogènes sont incessamment déversés dans le péritoine. Précisément l'incision médiane est souvent insuffisante pour explorer convenablement la région du cœcum, et, si l'on n'avait l'esprit en éveil, on pourrait très bien méconnaître les lésions cœcales au cours d'une laparotomie médiane. En outre, cette incision est très incommode pour agir sur les organes qui nous occupent. Cela est si vrai que dans l'observation précédente, je dus débrider transversalement la paroi abdominale pour aborder convenablement les organes de la fosse iliaque.

Il importe, à mon avis, de faire suivre l'incision médiane d'une incision latérale, parallèle à l'arcade, qui mettra les organes à nu et permettra de les explorer en détail. Si l'on trouve l'appendice perforé, on le résèquera. Pour l'empêcher de donner une fistule, on grattera sa muqueuse avec une petite curette tranchante et on l'oblitérera par la ligature en masse. S'il y a perforation du cœcum, on pourra en essayer la suture si les parois ne sont pas en trop mauvais état; en tout cas, qu'on suture ou non, on isolera le cœcum du péritoine en fixant cet organe au péritoine pariétal par des soies fines, et on bourrera la plaie d'iodoforme. Si l'on trouve qu'un abcès s'est vidé dans le péritoine par une perforation, on essaiera d'oblitérer l'orifice par suture; en tous cas on bourrera la cavité de gaze iodoformée, sans réunir la peau.

Maintenant, quelle est la valeur et quelles sont les indications de la laparotomie dans la péritonite généralisée par lésions typhlo-appendiculaires ? Il est malheureusement impossible à l'heure actuelle de répondre autrement que par cette appréciation paradoxale en apparence.

« Les indications d'opérer sont formelles dans tous les cas, cependant les résultats sont extrêmement mauvais.» En effet, sur une quarantaine d'observations publiées, je ne connais que cinq guérisons (faits de Graser, Cutler, Schüller, Weir et Roux). On peut dire cependant que les cinq malades ont été sauvés d'une mort certaine par l'opération.

Si les succès ne sont pas plus nombreux, cela tient à l'insuffisance du diagnostic et bien plus encore à la temporisation. Si l'on opérait tous les cas au bout de quelques heures, il est certain qu'on obtiendrait une statistique infiniment meilleure.

Je conclurai donc ainsi : si la péritonite date de plus de vingt-quatre heures avec mauvais état général, il est permis de s'abstenir ; dans les conditions opposées l'expectation est une véritable faute.

3° *Il n'y a que de l'induration.* — Nous en arrivons à la question la plus discutée. Convient-il d'attendre ou faut-il opérer, quand il n'y a que de l'induration sans signes évidents de suppuration ? Les uns disent : attendez, la typhlite se résout souvent seule ; les autres conseillent d'opérer pour éviter la péritonite ou les complications de la suppuration.

Ceux qui soutiennent que l'affection guérit souvent spontanément ont certainement confondu l'engouement du cœcum avec la typhlite proprement dite. Comme je l'ai dit plus haut, la typhlite pure est très grave par la fréquence de la suppuration, et par les fistules pyostercorales ; dans les cas bénins elle a l'inconvénient de récidiver au moindre écart de régime, les récidives étant de plus en plus graves. Enfin, quand la suppuration ne se fait pas jour, il persiste pendant six mois, un an, deux ans, une tumeur dure, douloureuse et toujours susceptible de se réchauffer à la première occasion. Enfin, je répéterai que la typhlite pure, déjà très dangereuse par elle-même, présente les mêmes signes que l'appendicite, laquelle est d'une gravité épouvantable, et que jusqu'ici il est impossible de distinguer l'une de l'autre ces deux affections.

Je concluerai donc avec Krafft, avec Roux, Weir, Bull, Tréves et bien d'autres, en faveur de l'incision précoce. Krafft donne, d'ailleurs, des arguments excellents en faveur de cette incision. Il montre que dans les 106 cas rassemblés par lui, on a toujours trouvé du pus. Dans 98 cas, le pus a été constaté à l'autopsie ou par des opérations. Bien plus, dans huit cas où l'on avait incisé sans signes de suppuration on trouva du pus à chaque fois.

Roux (de Lausanne) a guéri six malades sur six opérés hâtivement, tandis que sur 21 perityphlites traitées médicalement et observées par lui, il note : 6 guérisons incomplètes (1 fistule stercorale) ; 1 énorme abcès du bassin ; 4 récidives ; 9 péritonites (8 morts dont deux malgré laparotomie, 1 guérison après laparotomie).

J'apporterai, moi aussi, un argument personnel en faveur de l'opération précoce, sous la forme de l'observation suivante :

M. X., bonne santé antérieure, présente du 1er au 12 juillet une constipation opiniâtre qui ne cède qu'aux purgatifs. Dans

(1) Suite : Voir : n° 40.

Digitized by Google

La nuit du 12 au 13 il est pris de douleurs et vomissements à la suite d'un dîner en ville suivi d'une course en voiture. Le 16 juillet, son médecin constate l'existence d'une typhlite qu'on traite par le naphtol, les purgatifs et les lavements au naphtol. La douleur et la tumeur persistent et le 24 survient un grand frisson suivi d'un autre moins fort, en même temps que la température monte à 39°. J'examine le malade avec mon ami, le Dr Luc, qui m'avait fait appeler le 26 juillet, et nous constatons dans la fosse iliaque droite l'existence d'une tumeur du volume du poing, large, aplatie, boselée, très dure, venant en bas au contact de l'arcade et remontant à quatre ou cinq travers de doigt au-dessus. Cette tumeur n'a pas la forme du cœcum, elle est immobile sur les parties profondes et très douloureuse à la palpation. La tumeur n'est pas fluctuante, la peau est intacte. Etat général assez bon, température 38.5. Les choses restent en l'état jusqu'au 29 juillet, où la température tombe à 37°. Etant sur le point de partir pour huit jours et craignant en mon absence une péritonite généralisée ou des accidents graves, convaincu d'ailleurs qu'il y a du pus dans le foyer, je me décide à intervenir le 31 juillet. Le malade refuse absolument le chloroforme et l'opération qu'on voulait faire au chlorure de méthyle est exécutée sans aucune anesthésie, l'appareil n'ayant pas fonctionné convenablement. J'exécute donc une incision parallèle à l'arcade crurale, couche par couche.

Je comptais trouver, sur la foi des traités, les adhérences au niveau du cœcum et de l'appendice, mais mon attente est déçue car je tombe dans la grande séreuse, ce qui me permet d'examiner à l'aise le cœcum épaissi et induré, au-dessous duquel se trouve l'appendice sain extérieurement mais présentant le volume du pouce et très dur. Cet appendice paraît sous-séreux comme l'est le rein, et son ablation me paraît impossible en raison des douleurs provoquées par le moindre attouchement.

Je décolle alors avec le doigt le péritoine de la fosse iliaque mais, à cinq centimètres de l'arcade, je suis arrêté par des adhérences très fermes qu'il m'est impossible de déchirer à cause des douleurs ressenties par le malade.

Je ferme alors la séreuse par quelques points à la soie et je bourre d'iodoforme le cul de sac décollé de la fosse iliaque, convaincu que la suppuration se fera jour par la plaie peu de temps après.

En effet, à la suite de l'intervention, l'apyrexie reste absolue, la plaie est superbe et suinte à peine ; le 9 août je trouve dans le pansement environ trois cuillerées à café de pus mal lié contenant des débris sphacelés. A partir de ce moment, la plaie reprend ses caractères antérieurs, suinte à peine, et se cicatrise si vite, que le 23 août tout était terminé. Le 25, le malade partait aux bains de mer, toute trace d'induration ayant disparu dans la fosse iliaque.

Il est bien certain que mon intervention a évité à mon malade les dangers d'une suppuration dans le tissu cellulaire ou dans le péritoine (fistules stercorales, septicémie, abcès du foie, etc.). En supposant même que l'abcès eût été très bénin, le malade aurait-il pu partir en voyage le 25 août avec une tumeur absolument disparue? Ce cas est donc un bel exemple de l'utilité de l'intervention précoce. Il m'a fortifié dans la conviction que j'avais antérieurement et me décide, à l'avenir, à intervenir aussitôt que la tumeur est constituée.

Ainsi donc, pour moi, l'indication d'ouvrir est formelle aussitôt le diagnostic de typhlite ou de périty-phlite posé.

Je rappellerai que l'engouement se distingue de la typhlite par les signes suivants : la tumeur est cylindrique, arrondie, molle et pâteuse, mobile transversalement et rappelle très exactement la forme du cœcum; elle disparaît aussitôt qu'on a obtenu des évacuations abondantes par l'anus.

Au contraire, dans la typhlite et la périty-phlite, la tumeur est large et aplatie ; elle est immobile transversalement, elle est dure et bosselée et particulièrement douloureuse. Enfin, elle ne disparaît pas sous l'influence des purgatifs. Avec ces signes, l'intervention est formellement indiquée, comme le prouve l'observation rapportée plus haut.

Voici la technique que j'ai l'intention d'adopter pour l'avenir, bien qu'elle n'ait encore été conseillée nulle part : incision parallèle et à deux travers de doigts de l'arcade crurale. Je conseille d'ouvrir le péritoine d'emblée pour se rendre compte de visu de l'aspect des lésions, pour éviter, par exemple, que des pressions aveugles n'achèvent de perforer le cœcum ou l'appendice au niveau d'une ulcération, ou pour que le pus ne tombe pas dans le ventre par rupture des adhérences qui le limitent.

On trouvera le cœcum et souvent l'appendice indurés, perforés, gangrenés. On suturera alors le péritoine pariétal à une portion saine du cœcum pour mettre, pour ainsi dire, cet organe et son appendice hors de la séreuse.

On décollera ensuite le péritoine et le cœcum de la fosse iliaque, jusqu'aux limites des lésions. On bourrera d'iodoforme la fosse iliaque et la face antérieure du cœcum, qui sera ainsi complètement isolé. On pourra, dès lors, attendre en toute sécurité la suite des événements.

4° *Faut-il faire l'ablation préventive de l'appendice pour éviter les récidives ?* Mohammed, Simonds, Trèves, Bull, Tait préconisent l'ablation de l'appendice dans les typhlites à répétition. Ils se basent sur la fréquence des récidives et sur leur gravité croissante qui motivait dès 1843 cette appréciation de Volz : « Ce n'est pas le premier accès qui tue, c'est en général le second ou le troisième ».

Il faut ajouter qu'entre les accès la tumeur persiste à un degré variable et s'accompagne de douleurs fatigantes par leur continuité. Si l'on ajoute à ces considérations que l'ablation de l'appendice est une opération des plus bénignes, on souscrira sans peine à leur avis. Faut-il intervenir dans toutes les typhlites à répétition? Il n'y a pas nécessité absolue, mais je pense que ce serait indiqué et très utile toutes les fois qu'il y a induration persistante.

L'opération s'exécute toujours par l'incision latérale parallèle à l'arcade ; on isole l'appendice avec les doigts et on le sectionne. Certains auteurs se contentent de la ligature en masse ; d'autres (Trèves) préconisent une suture adossant les séreuses pour éviter la fistule ; Lawson Tait préconise d'inciser l'appendice et d'y mettre un drain. Quant à moi j'emploierais l'abrasion de la muqueuse de l'appendice avec la curette, suivie de ligature en masse.

Conclusions. — 1° Quand il y a des signes évidents de suppuration on incisera au plus vite et on drainera, se rappelant que la temporisation peut être mortelle.

2° En cas de péritonite généralisée, datant de plus de

Digitized by Google

vingt-quatre heures, avec mauvais état général, il est permis de s'abstenir. Dans des conditions différentes, il faut faire l'incision médiane, laver et drainer le péritoine, et inciser ensuite latéralement de façon à enlever l'appendice perforé et à éviter, par des procédés appropriés, que le contenu du cœcum ou des abcès ne continue à se déverser dans le péritoine.

3° Dès que le diagnostic de typhlite vraie ou de pérityphlite est posé, il faut inciser le péritoine, mettre à nu le cœcum et l'appendice, les isoler de la grande séreuse en suturant le péritoine parietal au cœcum, et enfin décoller cet organe de la fosse iliaque et bourrer d'iodoforme.

4° En cas de typhlite récidivante de plus en plus grave, avec tumeur persistante dans l'intervalle des accès, il est indiqué de réséquer l'appendice et de l'oblitérer par abrasion et ligature en masse.

LA RÉFORME DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

III. La vie des Concours. — IV. Concours d'agrégation.

III. — Continuons la juste critique de ces admirables concours que toute l'Europe nous envie, et qu'elle s'empresse de ne pas imiter.

Un jeune homme vient à Paris pour y faire ses études médicales; c'est un laborieux, il veut arriver. Etudions rapidement la vie des concours qu'il va parcourir. C'est le concours en permanence, le concours à vie; ce sont quinze années au moins, employées à préparer des questions.

1° *Concours de l'externat des hôpitaux.* — Après un ou deux ans d'études, notre étudiant connaît à peine l'A B C médical; n'importe! Il faut déjà un concours, inutile s'il n'est pas grotesque puisque souvent le nombre des places dépasse celui des candidats, titre dérisoire puisqu'il ne signifie rien et ne conduit à rien.

Il serait si rationnel de classer les élèves d'après leurs notes obtenues aux examens de la Faculté, de les obliger *tous* à suivre de bonne heure et *toujours* les visites des hôpitaux, là seulement où l'on apprend la pratique médicale! Ce serait au moins un concours inutile de moins, et l'économie d'une perte de temps; ce serait encore une économie de dépenses pour l'assistance publique qui pourrait plus utilement reporter la somme affectée annuellement au traitement des externes (environ 150,000 fr.) sur le traitement toujours insuffisant des internes en médecine (2).

2° *Concours de l'internat.* — Concours très sérieux, demandant plusieurs années de préparation pendant lesquelles les candidats apprennent par cœur des questions orales et écrites, pendant lesquelles « ils repassent sans cesse leur pathologie sans jamais bien l'apprendre ». Mais, chose plus grave encore, ils sont amenés, pendant tout le temps de cette préparation, à se désintéresser de plus en plus des études clinique. Je dis *de plus en plus*, et quel chef de service voudra me contredire si j'affirme que les externes, candidats à l'Internat, ne prennent plus, ne savent et ne veulent plus prendre les observations des malades? Du reste, ils auraient bien tort « de perdre leur temps » à examiner des malades et à prendre *sérieusement* des observations cliniques; ils savent qu'à leur concours pour l'Internat, il ne leur en sera tenu aucun compte, comme on ne prendra pas en considération les notes « confidentielles » que l'Assistance publique, sans qu'on sache pourquoi, réclame chaque année aux chefs de service sur leurs élèves. Pendant deux ou trois ans, ces élèves n'ont qu'une pensée: arriver à l'hôpital, juste au moment de la visite, et s'enfuir au plus vite quand le maître n'est plus là. N'ont-ils pas à étudier chaque semaine leurs conférences théoriques, à faire des prodiges de mémoire, à s'exercer à la préparation de nombreuses questions écrites ou orales? Et c'est ainsi que le niveau des études cliniques tombe de jour en jour!

Cela n'arriverait pas, tous les élèves-externes rivaliseraient d'ardeur et de zèle auprès de leurs maîtres, ils prendraient *sérieusement* les observations, ils s'exerçeraient de bonne heure à l'art si difficile de l'examen des malades et du diagnostic des maladies, si l'on ajoutait aux deux épreuves actuelles du concours de l'Internat, une troisième *épreuve sur les notes* données par les divers chefs de service à chaque élève pendant la durée de son stage dans les hôpitaux. Pour les notes *très bien*, *bien* ou *assez bien*, etc., il y aurait un certain nombre de points déterminés qui s'ajouteraient aux points donnés pour chaque épreuve écrite ou orale du concours. C'est à cette dernière réforme que l'on devrait s'arrêter, et c'est ainsi qu'on élèverait encore le niveau des études cliniques. Je suis donc un partisan convaincu de ce concours de l'Internat, concours, qui a toujours donné de brillants résultats, et qui en donnerait plus encore, s'il était amélioré.

3° *Concours de médaille d'or des hôpitaux.* — Encore et toujours un concours de mémoire et d'érudition. Cependant, ces jeunes candidats à la médaille d'or sont tenus de présenter un mémoire original. Je me garderai bien de combattre ce dernier dispositif du concours. Mais, je ne puis m'empêcher de faire remarquer cette singulière inconséquence: on demande à des jeunes gens, encore inexpérimentés, un travail original qui n'est souvent que le reflet ou la copie des idées d'un de leurs chefs de service, et l'on ne tient pas compte, pour le concours de médecin des hôpitaux, des travaux plus importants que les candidats à ce dernier titre, tous docteurs en médecine, ont pu accomplir depuis plusieurs années!

4° *Concours de clinicat des hôpitaux.* — Le plus sous vent — ce qu'il faut approuver, du reste, — les chefs-

(1) Suite. Voir les nos 40, 38, etc.

(2) Il y aurait lieu également de supprimer un grand nombre de places d'internes en pharmacie. Cette suppression et celle de l'externat en médecine, permettraient, sans augmenter les charges budgétaires de l'assistance publique, d'instituer dans chaque hôpital un ou deux *chefs de laboratoire d'anatomie pathologique et de bactériologie*, et aussi d'élever jusqu'à 2,000 fr. ou 1,500 fr. au minimum le traitement des internes ou des assistants.

Digitized by Google

de clinique sont nommés à l'avance et choisis par les maîtres qui les ont appréciés pendant le cours de l'Internat. Mais alors, pourquoi ce simulacre de concours, et pourquoi (si vous voulez être conséquents avec vous-mêmes) n'exigez-vous pas aussi d'autres concours pour les fonctions d'aide de clinique ou encore de chef de laboratoire?

5° *Concours de médecin des hôpitaux.* — J'en ai suffisamment parlé, et je n'insiste plus sur l'immobilisation lamentable et stérile de candidats qui, pendant plusieurs années, pendant 4 à 6 ans en moyenne (1), font paraître le moins de travaux originaux possible, parce que ces travaux sont inutiles pour ce concours, et parfois nuisibles, je l'ai démontré. De sorte que, par ce système, vous mettez sur le même pied celui qui *récite* les découvertes des autres et celui qui peut être amené à exposer les siennes. — (Encore ce dernier devra t-il s'estimer bien heureux de ne pas trouver des juges qui lui en tiendront rigueur !...) — Ceci me rappelle une bien amusante réponse qu'Edmond About, dans ses « Causeries » de 1866 (à propos de l'enseignement médical), met dans la bouche d'un pseudo-savant :

« Un excellent professeur de l'Ecole, à qui l'on demandait : « Pourquoi ne vous présentez-vous pas à l'Ins- » titut ? Claude Bernard a des chances, vous en auriez » autant que lui », répondit naïvement : « Mais c'est » juste. Tout ce que Bernard a *fait*, je le *sais* aussi bien » que lui, et je sais bien des choses qu'il ne sait pas. » Et ajoute Edmond About : « Pesez bien cette réponse : elle met à découvert le défaut de la cuirasse. » (2)

Au sujet de l'épreuve sur titres, qu'il ne faut jamais se lasser de réclamer pour le concours des hôpitaux, on peut objecter que les candidats ne peuvent que difficilement se livrer à des travaux originaux, puisqu'ils ont quitté l'hôpital depuis plus ou moins longtemps. Je réponds à cette objection par la proposition suivante : Tout candidat au bureau central devrait être attaché à un service d'hôpital à titre d'assistant *libre;* il pourrait être chargé, sous la direction des médecins du bureau central, des consultations qui, dans les hôpitaux, sont toujours incomplètement faites, et cela par la force des choses, comme je l'ai démontré dans mon rapport sur « une mission scientifique » ; enfin, tous les candidats au bureau central, qui auraient au moins une admissibilité à leur actif, continueraient, plus complètement encore que par le passé, à remplacer les médecins titulaires pendant le temps de leurs vacances. Leur qualité d'« assistants libres », l'obligation pour eux de faire les consultations hospitalières, la possibilité où ils seraient de remplacer certains chefs de service, tout cela constituerait un mode préparatoire à ce concours bien supérieur à celui qui est en usage aujourd'hui et qui consiste dans l'examen rapide de quelques malades vus à l'hôpital ; tout cela constituerait encore pour ces candidats un apprentissage sérieux des fonctions qu'ils seraient appelés plus tard à exercer.

6° *Concours de l'agrégation de médecine ou de chirurgie.* — Celui-là mérite une mention spéciale. On l'a amélioré en supprimant la thèse et en instituant une épreuve de l'exposé des titres ; mais on l'a aussi aggravé, et tel qu'il est encore, il reste un de ces concours les plus décourageants et les plus démoralisants auxquels mon collègue M. Brocq faisait allusion.

IV. — A l'heure actuelle, le concours de l'agrégation se compose de quatre épreuves :

1re épreuve. Leçon orale de trois quarts d'heure, après trois heures de préparation.

2e épreuve. Exposé des travaux personnels des candidats par eux-mêmes.

3e épreuve. Leçon orale d'une heure, après quarante-huit heures de préparation.

4e épreuve. Leçon sur un malade et examen histologique, etc.

Pour la première épreuve, on met certains livres, tels que les deux dictionnaires de médecine, à la disposition des candidats. Ceci est incompréhensible, d'autant plus que — sans médire de ces livres — il y a des questions mal faites ou qui sont à peine effleurées et d'autres, au contraire, complètement traitées. Alors, où est la justice? — D'un autre côté, on se demande avec étonnement ce que peuvent bien prouver deux épreuves

(1) Il est très habituel de voir des candidats qui ont de 10 à 15 concours, et on en a vu qui se sont arrêtés seulement à leur 23e concours, ce qui représente au moins 10 à 12 années perdues pour la science et pour le candidat.

(2) Je ne puis résister au plaisir de citer le passage suivant de ces mêmes *Causeries*, passage qu'on dirait écrit d'hier. Mais, hélas! il a été écrit en 1866, il y a un quart de siècle. Depuis cette époque, et malgré les avertissements de tous les Stoffels scientifiques, on n'a rien fait, absolument rien fait pour remédier à l'état lamentable de notre organisation médicale. Espérons que, dans un autre quart de siècle, la Routine et son fidèle chevalier servant auront perdu de leur puissance, et qu'alors notre cri d'alarme sera entendu.

« Aujourd'hui (en 1866), les jeunes professeurs de l'Ecole, » les jeunes médecins des hôpitaux touchent le but vers l'âge » de 35 ou 40 ans. Jusque-là, qu'ont-ils fait ? Ils ont passé leur » jeunesse à préparer des concours, c'est-à-dire à charger leur » mémoire de toutes les connaissances qui pouvaient les faire » valoir dans un petit nombre d'épreuves déterminées. Ils sont » ferrés sur tous les détails de la médecine courante, sauf peut- » être la thérapeutique, car il est de bon goût de s'étendre sur » la question, de manière à manquer le temps, et d'aborder la » thérapeutique au moment où l'horloge vous coupe la parole. » Les pauvres candidats sont bourrés de détails, chargés de » faits, courbés sous le poids des observations recueillies par » leurs maîtres ; on n'exige pas qu'ils exposent des vues géné- » rales ; je crois pourtant qu'on le leur permet par tolérance. » Cette méthode permet à l'Ecole de recruter d'excellents » élèves qui pourront faire un jour d'excellents professeurs. » Mais ils ont passé l'âge des recherches originales, des idées » neuves et hardies ; ils prendront difficilement l'habitude de » rien tirer de leur propre fonds. Quelques-uns sont tellement » empêtrés de leur science acquise qu'ils ne comprennent même » pas le mérite de l'invention... J'avoue pourtant que la gym- » nastique des concours n'a pas mis sur les dents ceux qui ont » eu l'esprit d'arriver jeunes. Mais neuf professeurs sur dix » rappellent ce personnage de vaudeville qui était *abruti par* » *la lecture.* Ils savent trop ; ils ploient sous le travail d'autrui. » Ils ont marché tant et tant sur les routes et les chemins vici- » naux de leur empire qu'ils n'ont plus la vigueur nécessaire » pour conquérir une bicoque. »

Digitized by Google

orales, dont l'une est préparée avec des livres en trois quarts d'heure, et dont l'autre est préparée pendant quarante-huit heures par des amis ou des maîtres plus ou moins complaisants?—Enfin, cet exposé des titres par les candidats eux-mêmes est bien étrange ; c'est là une perte de temps inutile, et cet exposé gagnerait à être imprimé, comme cela se fait pour les candidatures à l'Académie et au Professorat.

Ce concours dure deux mois à deux mois et demi. Les candidats de province sont obligés de venir à Paris, d'abandonner leur clientèle, de payer les frais de leur long séjour dans la capitale, et il y en a parmi eux qui ont dû renoncer à l'agrégation en raison de leur état de fortune et des dépenses qu'ils sont obligés de faire. On se demande pourquoi Paris et les candidats parisiens sont ainsi favorisés, et pourquoi (les agrégés étant nommés pour toute la France) le concours d'agrégation n'a pas lieu, à tour de rôle, dans chacune de nos Facultés de province?

Enfin, le concours est ouvert. Le titre d'agrégé sera-t-il toujours décerné à celui qui aura subi le plus brillamment les épreuves?... C'est ici que les fameuses combinaisons dont M. Chaput a parlé avec tant de raison pour le concours des hôpitaux, c'est ici que ces combinaisons vont briller du plus vif éclat. Elles peuvent se résumer dans cette formule : « Passe-moi la rhubarbe, je te passerai le séné » et elles se traduisent par les petits dialogues suivants entre les juges : « Donnez votre voix à mon candidat, je donne ma voix au vôtre. »

C'est ainsi que le concours disparaît pour les juges prêts à entrer dans toutes les combinaisons pour faire nommer un de leurs protégés. Souvent même, il change un peu de nature, parce qu'il s'agit d'une lutte d'influence entre divers juges.

Dans un concours resté célèbre, on vit trois à quatre juges formant une autre combinaison, menacer de démissionner en masse si M. X... n'était pas nommé. Il le fut (comme il le méritait) et chose inouïe, celui-là qui, la veille de la proclamation des élus, ne figurait pas même le dernier de la liste, fut tout à coup, à la dernière minute, placé au deuxième ou troisième rang. C'était le triomphe d'une autre combinaison qui, pour arranger les choses, avait surgi à la dernière heure !

Dans un concours d'agrégation — en chirurgie, je crois, — un candidat fort méritant par ses travaux originaux, eut à traiter une question comme celle-ci : *Du cancer du rectum*. Il n'en connaissait pas le premier mot, et pendant trois quarts d'heure, il tint ses juges sous le charme (?) en exerçant toutes sortes de variantes sur le cancer rectal qui « dégage une mauvaise odeur »; — (le contraire eût bien étonné!...) — Toute la question traitée se résumait dans cette symptomatologie. Ce candidat qui se recommandait de lui-même, je le répète, par son grand mérite personnel et par ses travaux importants, fut cependant nommé, et le jury, pour faire acte de justice, fut donc obligé de commettre une grave injustice de concours.

Alors, je pose cette question : si vous ne tenez pas toujours compte des épreuves, (et vous avez bien raison!...) pourquoi ce simulacre de concours ?

Dans cette circonstance et d'après les principes que je soutiens, le jury a bien fait de ne tenir aucun compte de la faiblesse de cette épreuve et de prendre surtout en considération les travaux du candidat. Mais, il n'est pas toujours aussi bien inspiré, comme on va le voir.

En 1883, un candidat à l'agrégation de chirurgie (dont je tairai le nom parce que je ne veux faire aucune personnalité dans l'étude d'une question aussi grave et générale) avait passé avec succès ses divers concours ; il avait été nommé successivement interne des hôpitaux, aide d'anatomie, prosecteur, chirurgien des hôpitaux et déjà proclamé admissible à un premier concours d'agrégation en 1880. Travailleur infatigable, chercheur de mérite, il avait déjà produit un grand nombre de travaux originaux et fait des découvertes sérieuses. Or, n'y a-t-il pas une injustice flagrante à ne tenir aucun compte, dans les concours, du temps précieux si utilement employé à faire avancer la science, et à tenir compte au contraire du temps perdu par la plupart des candidats à la préparation inféconde de questions orales ou écrites ?

Voici, en tous cas, le bilan respectable des travaux que ce candidat à l'agrégation de chirurgie apportait en 1883 :

Anatomie. — 1° Etudes sur la circulation du bulbe rachidien, des hémisphères cérébraux, de la moelle épinière (*Archives de physiologie*, 1872-1874, et *Archives de neurologie*, 1882). — 2° Etudes sur la disposition du tissu spongieux des os chez l'homme et les mammifères (*Société de biologie*, 1877). — 3° Etude sur la disposition anatomique des veines du rectum (*Société anatomique*, 1878). — 4° Note sur les canaux galactophores (*Soc. anat.*, 1882). — 5° Développement et ordre d'apparition des plis cérébraux chez l'embryon et le fœtus (*Soc. de biol.*, 1877).

Physiologie. — 1° Sur les fonctions des hémisphères cérébraux (en collaboration avec le Dr Carville, *Archives de physiologie*, 1876, et prix de l'Académie des sciences).

Chirurgie. — 1° Sur une griffe par atrophie musculaire du membre supérieur consécutive à une lésion du nerf cubital, *Revue photog. des hop.*, 1872). — 2° Sur les sarcômes développés sur les nœvi pigmentaires (*Arch. de phys.*, 1874.. — 3° Sur les troubles trophiques consécutifs aux plaies des nerfs (*Soc. de biol.*, 1875). — 4° Sur les causes de la mort rapide ou subite dans les grands traumatismes des membres (*Soc. anat.*, 1876). — 5° Ostéite et nécrose du pubis (*Soc. anat.*, 1876). — 6° Sur les lésions vasculaires dans les brûlures (*Soc. de biol.*, 1877). — 7° Les rétrécissements du larynx et de la trachée (*Arch. de méd.*, 1876). — 8° Etudes expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux (Thèse 1878, récompensée par la Faculté). — 9° Recherches sur la pathogénie des hémorrhoïdes (*Archiv. de méd.*, 1879). — 10° Des contre-indications à l'anesthésie chirurgicale (Thèse d'agrégation, 1880).

Telle est la liste *incomplète* des principaux travaux de ce candidat qui se présentait, à l'âge de 34 ans, pour la seconde fois, au concours d'agrégation. La dernière thèse d'agrégation (Des variétés rares de la hernie inguinale, 1883), présentait, a-t-on dit, quelques parties défectueuses. Mais je demande si c'était une raison pour lui en tenir rigueur, quand on sait que les thèses d'agrégation n'ont jamais été complètement écrites par les candidats, et quand celui auquel je fais allusion en ce moment, était l'auteur de travaux remarquables, parmi lesquels il faut surtout retenir ses recherches sur la circulation des centres nerveux, sur les fonctions des hémisphères cérébraux, enfin sur les traumatismes cérébraux.

Ce candidat si méritant ne fut pas nommé agrégé *mal-*

Digitized by Google

gré ses travaux si importants, et tout à l'heure j'ai donné l'exemple contraire d'un candidat, nommé très justement, *à cause* de ses travaux originaux et malgré une épreuve orale insuffisante. Où est la justice ? Il faudrait pourtant s'entendre une bonne fois, et ne pas avoir, selon les circonstances et selon les juges ou les candidats, deux poids et deux mesures.

Ce concours d'agrégation décourage souvent les vrais travailleurs. On l'a bien vu, quand ce malheureux candidat à l'agrégation de chirurgie, désabusé, désillusionné, donna un beau jour sa démission de chirurgien des hôpitaux, et sans se plaindre, avec une certaine dignité, renonça pour toujours à cette Université, qui l'avait méconnu, à cette *alma mater*, comme on l'appelle sans doute par dérision. Il fut accueilli alors par une Faculté catholique, et la Faculté de médecine de Paris se priva, de gaieté de cœur, d'un jeune chirurgien qui l'eût à coup sûr honoré par son travail opiniâtre et ses découvertes.

Ce concours est donc injuste, TEL QU'IL EXISTE (je le répète, car je ne suis pas l'ennemi des concours, et la preuve que j'en suis partisan c'est que je veux leur amélioration). Il est plus que cela, comme l'a dit M. Brocq : il est *démoralisant*. En parlant ainsi, je n'incrimine en aucune façon la justice individuelle des juges, et je me garde bien d'attaquer leurs choix. Ceux-ci sont, pour la plupart, excellents, et tous nos agrégés forment une phalange brillante et respectée de savants dont les mérites scientifiques sont au-dessus de toute atteinte. Ce qu'il faut condamner, c'est la justice inégale de ce concours, c'est l'inutilité de cette institution, *telle qu'elle existe*, je le répète encore une fois ; et, puisque les juges arrivent fatalement à faire leurs choix, non pas d'après les épreuves de ce concours, mais d'après les mérites des candidats, je réitère une fois de plus ma sempiternelle question :

A quoi servent ces concours, dont la préparation perd un temps si précieux, et ne vaut-il pas mieux, au nom même de la justice, au nom des intérêts scientifiques, que les candidats à l'agrégation soient nommés surtout, comme à l'étranger, d'après la valeur de leurs titres scientifiques ?

Mais, je n'ai pas encore terminé l'étude de cette question, comme on va le voir.

(*A suivre*). HENRI HUCHARD.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

Du phlegmon de la fosse iliaque droite, par M. le Dr A. FARGEAUD. — L'auteur distingué de ce mémoire analyse huit cas de cette affection qui ont été traités : trois par l'incision, un par les sangsues, et un par des vésicatoires répétés autour de la tumeur. Les deux autres se sont terminés : l'un par la mort avant toute évacuation du pus, et l'autre par l'ouverture de l'abcès dans l'intestin (*Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne*, juillet 1890).

Il en conclut, au point de vue thérapeutique, qu'en présence d'un tel phlegmon il faut tout faire pour en obtenir la résolution et empêcher la formation d'un abcès. Dans ce but, il faut user promptement et largement des antiphlogistiques énergiques, à moins d'un état de faiblesse générale. Un traitement actif, employé de bonne heure, permet d'éviter la terminaison par suppuration. S. R.

Du traitement des abcès froids par le grattage unguéal, par M. CAIRD. — L'objet de ce procédé est de détruire rapidement la membrane pyogénique. Il n'est pas absolument original ; en voici la technique (*Edimburgh méd. journal*, sept. 1890, p. 226) :

Pendant l'anesthésie chloroformique, et après un nettoyage soigné de la peau au moyen d'une lotion phéniquée au vingtième, on ouvre l'abcès et, dans l'incision, on introduit le doigt. Toute la peau de la cavité est grattée avec l'ongle, de façon à détacher la membrane pyogénique. Au besoin, pour mieux réaliser cette condition, on pratique une seconde ouverture.

Finalement, après un nettoyage aussi complet que possible, on draine, on suture, on panse à la gaze phéniquée et avec toutes les précautions antiseptiques nécessaires. Le lendemain, on peut enlever les drains.

M. Caird publie, à l'appui de ces conclusions, quatre observations dans lesquelles les résultats furent favorables. S. R.

Curettage du sinus maxillaire, par M. EYSSAUTIER. — C'est, croyons-nous, la première observation du curettage de la muqueuse de l'outre d'Hygmore, pour guérir l'empyème chronique de cette cavité (*Dauphiné méd.*, août 1890).

Une dame de 37 ans était atteinte, depuis 18 mois, d'une tumeur douloureuse occupant la fosse canine, la région sous-orbitaire, la gencive supérieure gauche, débordant même sur la voûte palatine, et donnant lieu à un suintement purulent au niveau de la première grosse molaire réduite à un chicot. L'extraction de la première grosse molaire donna issue à du pus fétide. Un trajet fistuleux se forma au niveau de la première grosse molaire et d'une fracture alvéolaire causée par l'extraction. Pendant une année, cette fistule donna lieu à un écoulement purulent par la bouche et un ozène fétide se déclara.

M. Eyssautier ouvrit largement le sinus au niveau de la fracture du maxillaire, réséqua l'alvéole de la deuxième grosse molaire et pratiqua de larges irrigations antiseptiques. La blennorrhée fut bientôt réduite à un faible suintement purulent. Pour modifier l'état de la muqueuse, il gratta celle-ci avec une petite curette et la débarrassa de villosités suppurantes. Ces surfaces furent, après le curettage, badigeonnées avec la teinture d'iode pure, et l'ouverture fermée avec un tampon d'amadou iodé. Au bout du quatrième jour, l'ouverture est libre et béante et le contact des matières alimentaires n'empêcha pas la guérison, qui s'est maintenue depuis. H. M.

Hernie étranglée à travers l'hiatus de Winslow, par M. GANGOLPHE. — Ces hernies sont une cause rare d'étranglement interne ; leur diagnostic est difficile, même après la laparotomie. Le cas suivant en est un exemple. (*Lyon méd.*, août 1890.)

Un charron de cinquante-sept ans, admis à l'Hôtel-Dieu de Lyon, est atteint depuis vingt-quatre heures de symptômes d'occlusion intestinale. Etat général bon ; pouls normal ; facies peu altéré ; douleurs abdominales intermittentes ; vomissements. L'abdomen est peu distendu.

Les lavements purgatifs avec le siphon d'eau de Seltz et l'électricité sont employés sans résultat. Comme l'état général du sujet devient inquiétant, la laparotomie est pratiquée. La cavité péritonéale présente une sérosité sanglante, semblable au liquide contenu dans le sac des hernies étranglées ; l'intestin, peu distendu, ne cherche pas à s'échapper de l'abdomen. M. Gangolphe en dévide une partie, sans le tirer hors du ventre,

Digitized by Google

éprouve une certaine résistance et amène au jour une anse d'intestin grêle, étranglée, mais non sphacélée. La circulation intestinale paraît rétablie, et le ventre est fermé. Cependant, les accidents d'étranglement persistent et déterminent la mort trois jours après l'opération.

A l'autopsie, on trouva, au-dessous du foie, dans l'arrière-cavité des épiploons, engagés à travers l'hiatus de Winslow, près de 1m50 d'intestin grêle. L'arrière-cavité contenait, en outre, des matières fécales et présentait tous les signes d'une péritonite. Le bout inférieur de l'intestin s'était sectionné sur le bord tranchant de l'hiatus de Winslow. Pour guérir le malade, il aurait fallu, pendant l'opération, tirer l'intestin jusqu'à ce que la totalité de la portion étranglée eût été amenée au dehors, manœuvre qui ne fut pas faite, parce que le diagnostic étiologique était incomplet. H. M.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement du tænia inerme, par M. Combemale. — Avant de commencer le traitement du tænia, il est utile de s'assurer, par l'examen des anneaux expulsés, de l'espèce de l'helminthe, car le même tænicide ne convient pas à tous les tænias. L'observation suivante en est un exemple. (*Bull. méd, du Nord*, sept. 1890.)

Un pharmacien de la marine contracte le tænia au Sénégal. Le tannate de pelléliérine est administré suivant les règles données par M. Béranger-Féraud, et de nombreux anneaux sont rendus, mais la tête n'est pas évacuée. Quelques semaines après, on administre le kousso, mais sans plus de succès. Un an après, trois nouvelles tentatives sont faites, les unes avec l'extrait éthéré de fougère mâle, l'autre avec la pellétiérine ; la tête du tænia restait toujours fixée dans l'intestin, quoique l'on eût procédé suivant toutes les règles de l'art. Enfin, une sixième et dernière tentative est faite avec un plein succès. Le malade prend en une heure un mélange de 4 grammes d'extrait éthéré de fougère mâle et de 50 centigrammes de calomel, renfermé en 20 capsules. Le ver, expulsé en entier, était un tænia inerme. On sait que celui-ci est fixé à l'intestin par ses ventouses d'une manière plus solide que le tænia solium par ses crochets. Il faut donc, dès le début, s'adresser à une médication très énergique et recommander au malade d'aller à la garde-robe sur un vase d'eau tiède, pour éviter les tractions qui souvent séparent la tête du reste de l'animal. H. M.

De l'action du salol sur les reins, par M. Hesselbach. — Ces expériences ont été pratiquées sur le lapin au moyen de capsules contenant 15 centigrammes de salol qu'on faisait ingérer, au moyen d'injections hypodermiques salolées, ou enfin, par l'ingestion d'huile salolée. (*The Practitioner*, août 1890).

Après trois jours et l'introduction dans l'organisme de 6 à 7 centigrammes de salol par kilogramme, ces animaux succombèrent. Ils avaient éprouvé, avant la mort, une grande diminution de l'appétit, des troubles respiratoires, puis des convulsions et du collapsus.

L'examen histologique du rein fit constater une dégénérescence graisseuse de l'épithélium des tubuli. Ce sont là, d'après l'auteur, des lésions révélatrices d'un empoisonnement par le phénol, et c'est au phénol qu'il attribue les accidents observés après l'usage du salol. De là, conclusion pratique, la nécessité de ne jamais prescrire cette substance aux individus en puissance d'une maladie aiguë ou chronique des reins. S. R.

Traitement des brûlures par l'acide fluorhydrique, par M. Desvignes. — Un ouvrier graveur en verre présentait sur les mains et les avant-bras une éruption pustuleuse ressemblant à des pustules varioliques non ombiliquées. Ces surfaces avaient été exposées au contact de gouttes d'eau chargée d'acide fluorhydrique. Cette éruption s'accompagnait de vives démangeaisons. (*Répertoire de pharmacie*, 20 sept. 1890.)

Quelle médication faut-il adopter dans un cas semblable? D'après l'auteur, il semble que le traitement *immédiat* doit comporter un lavage avec un lait de chaux ou de magnésie très étendu. L'ammoniaque, qui a été proposée, a un inconvénient : car (et c'est généralement le cas) on en met un excès par rapport à la quantité d'acide fluorhydrique à saturer, ce puissant alcali exerce lui-même une action énergique sur la peau, qui est déjà dénudée par l'acide fluorhydrique, et il exagère la sensation de cuisson. S. R.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

MÉDECINE

Applications thérapeutiques du bon tanin.

Du bon tanin, dis-je? Du tanin de la noix de galle qui précipite les sels ferriques en bleu noir, du tanin à l'éther ou de Pelouze plutôt que du tanin à l'alcool, du tanin en petites aiguilles d'un jaune verdâtre très clair si légères que le contenu d'une cuiller à café ne pèse qu'un gramme.

Une des propriétés les plus saillantes de ce tanin-là, c'est de décongestionner les poumons au sein desquels il est transporté par le sang et de décongestionner les muqueuses sur lesquelles on l'applique directement ; j'estime qu'il réalise cette décongestion en resserrant (voilà pourquoi il est astringent) les fibres musculaires lisses des vaisseaux et des tissus.

Et, de fait, Woillez a démontré qu'une dose quotidienne de 2 gr. 50 de tanin diminue notablement les râles humides dans la tuberculose pulmonaire et rend perméables à l'air des districts de parenchyme où les bruits respiratoires n'étaient plus entendus. Qu'est-ce à dire? Que le tanin, à l'instar de l'ipéca, de la quinine, de l'ergot de seigle et de la jusquiame, et sans doute par un processus analogue, en exprimant le poumon comme la main exprime l'éponge, modère la congestion pérituberculeuse. Comment expliquer autrement ce résultat de l'observation clinique? Il n'est plus personne jugeant le tanin capable de tuer le bacille de Koch dans l'organisme où il a élu domicile. Le tanin amende pareillement les congestions pulmonaires, hémoptoïques ou non, dues au froid, aux pyrexies infectieuses (nous en avons acquis la preuve pendant la dernière épidémie d'influenza) ou aux cardiopathies. S'il modifie avantageusement les bronchites rebelles, voire même — je ne me porte pas garant de l'affirmation — la pneumonie franche, c'est toujours pour le même motif et non comme le voulait Duboué, parce qu'il serait susceptible de refaire l'épithélium bronchique ou alvéolaire desquamé. La preuve de la décongestion pulmonaire par le tanin, le plessimètre et le stéthoscope vous la fournissent, — quoi de plus évident, — tandis qu'elle est fort sujette à caution cette conception théorique qui regarde le tanin comme un élément de rénovation épithéliale.

Pour nous aussi c'est encore parce qu'il décongestionne les muqueuses enflammées en contact avec lui que le tanin exerce une heureuse influence sur le coryza (injections de solutions aqueuse ou glycérinée de tanin à 1/30 ou 1/50 — vaseline au tanin à $\frac{6\,80}{30}$), sur les an-

Digitized by Google

gines (insufflations de tanin en nature — gargarismes à 4/150 — collutoires à 2/50), sur les diarrhées séreuses, l'entérite typhoïde, le choléra, la dysenterie (potions ou lavements de 2 à 10 gr.), sur les blennorrhagies, les vaginites, les métrites du col (injections à $\frac{1 \text{ ou } 2}{150}$, tampons de solution à $\frac{25}{100}$), sur les néphrites parenchymateuses (1 à 2 gr. par jour), sur les conjonctivites catarrhale et granuleuse et sur l'ophtalmie purulente des nouveau-nés (collyres à $\frac{0.20}{20}$). Selon Duboué, le tanin guérit en ces diverses circonstances parce qu'il refait l'épithélium des surfaces muqueuses enflammées, parce qu'il favorise la rapide reproduction d'un nouvel épithélium qui rétablit les fonctions osmotiques plus ou moins longtemps interverties. Je dirais : il guérit, parce que les capillaires des muqueuses soumises à son action astringente se resserrent, laissant transsuder de moins en moins le sérum sanguin qui alimentait le catarrhe inflammatoire.

Duboué est allé plus loin. « Le tanin, écrit-il en substance, est susceptible de refaire l'épithélium des séreuses dont la desquamation dans la pleurésie, dans la péricardite, dans la méningite et les péritonites, permet au sérum sanguin de transsuder au travers des capillaires dépouillés de leur barrière naturelle, le tanin guérit les inflammations des séreuses. » C'est ce qu'il fallait démontrer. Alors notre auteur de citer des cas de pleurésie sèche ou avec épanchement séreux qui ont cédé au tanin après deux à six semaines, un cas de pleurésie purulente avec vomique remontant à huit mois qui s'est amendée au bout de huit jours et a disparu en trois ans ; un cas d'épanchement péricardique qui se résorba en dix ou douze jours. Mais l'expectation fournit, — n'est-il pas vrai ? — des résultats aussi « merveilleux ». Duboué met à l'actif du tanin la guérison d'une méningite franche cérébro-spinale. Son malade avait-il une méningite franche ? C'était un inspecteur primaire fatigué par des veilles et en possession d'une angine et d'une pneumonie capables, à elles seules, d'engendrer chez un surmené des accidents pseudo-méningitiques d'ordre congestif qui se dissipent d'eux-mêmes. A propos de son cas où l'amélioration a suivi de si près l'administration du tanin, mon ami Lardier a dû se demander si ce qu'il appelle une méningite franche *a frigore* chez un garçon de onze ans, délicat, craintif et timide, très laborieux et probablement quelque peu surmené, qui avait été exposé au froid, n'était pas par hasard (la fièvre concomitante ne saurait faire rejeter cette interprétation) une de ces congestions pseudo-méningitiques *a frigore* guérissant sans intervention médicamenteuse, que M. J. Simon dit avoir surtout rencontrées, avec tous les caractères de la méningite, chez des enfants de migraineux, de goutteux ou de rhumatisants. M. Marchal, témoin chez une femme de trente cinq ans d'une méningite dans la convalescence d'une broncho-pneumonie, attribue au tanin le prompt succès de la cure. Comme il n'a pas examiné sa malade au point de vue de l'existence possible des stigmates parfois si larvés de l'hystérie, je soupçonne — c'est mon droit — une pseudo-méningite éclose, chez une hystérique, à la faveur de la débilité de convalescence. La preuve de la guérison des méningites par le tanin n'est donc pas faite, et l'observation de Duboué, relative à un rhumatisme cérébral où le tanin a réussi au delà de toutes les espérances, n'entraîne pas davantage la conviction. Rien n'établit qu'il ne s'agissait pas, chez un vieillard de quatre-vingt-huit ans, d'une pseudo-méningite provoquée par 9 grammes de salicylate de soude (pris en trois jours), ou, comme je l'ai vu, par des lésions dégénératives du myocarde.

Quand on a lu dans Duboué l'histoire de ces péritonites généralisées ou de ces pelvi-péritonites de l'hémorragie rétro-utérine ou de la périthyphlite guéries aussi lentement, le tanin que par la méthode expectante, ou le récit — quel praticien n'a pas vu de nombreux cas de ce genre où le tanin n'avait pas été prescrit ? — de ces hernies étranglées qui, inutilement malaxées, rentrent (heureuse coïncidence) après l'ingestion de la précieuse poudre, on ne croit pas non plus à l'efficacité du tanin dans les inflammations de la séreuse péritonéale.

Lorsque le tanin est porté sur une muqueuse enflammée il triomphe du catarrhe, non seulement parce qu'il décongestionne la muqueuse, mais aussi parce qu'il forme avec les matières protéiques du mucus dans le coryza, dans les angines, dans les diarrhées, dans les néphrites, dans les blennorrhagies, les vaginites et les métrites cervicales, dans les conjonctivites, des combinaisons insolubles : il dessèche à sa manière le terrain enduit de mucus sur lequel il arrive, c'est un anticatarrhal.

La solution du tanin (10 gr.) dans l'éther (80 gr.) et l'alcool (10 gr.), la solution à 5/100 pour pulvérisations, la pommade à 2/30 forment aussi des composés insolubles avec les matières protéiques du pus et déposent à la surface des plaies (brûlures au 1er et 2e degré, gerçures du mamelon, fissures à l'anus, plaies de la membrane du tympan) ou des dermatoses suppurantes (pustules varioliques, phlyctènes érysipélateuses, herpès, impétigos, eczémas, engelures) un enduit protecteur.

Mêmes combinaisons insolubles du tanin avec les matières protéiques du sang, d'où son utilité en applications locales sur le siège des hémorragies qu'on peut atteindre directement (charpie imbibée de solution de tanin ou aspirations de cette solution dans l'épistaxis ; compresses de solution glycérinée de tanin ou suppositoires avec beurre de cacao (4 gr.) au tanin (0 gr. 20 à 1 gr.) dans les hémorrhoïdes ; collodion riciné au tanin à 5/45 sur les plaies superficielles saignantes). Ici, le tanin assure en outre l'hémostase par son action astringente sur les fibres lisses des vaisseaux déchirés. Par voie gastrique, il est infidèle dans toutes les hémorragies; à lui seul il est impuissant à arrêter les pertes utérines, et s'il paraît modérer l'hémoptysie, c'est parce qu'il décongestionne le poumon, comme nous l'avons dit.

Nous ne ferons pas l'éloge du tanin comme antisudorifique ; nous l'avons trouvé trop infidèle dans l'éphidrose des phtisiques et des hectiques et sans le moindre effet sur celle, d'une durée interminable, qui a épuisé, cachectisé tant de nos malades pendant la convalescence de l'influenza.

On a renoncé au tanin dans les fièvres intermittentes, la pustule maligne, la septicémie puerpérale ; les insuf-

Digitized by Google

flations de poudre, les pulvérisations de solution à 12/120 sur les fausses membranes diphtériques ne sont plus de mode parce qu'il y a mieux et qu'elles sont douloureuses. Le tanin vient au second rang — après la quinine — en insufflations contre la coqueluche, envisagée comme névrose nasale spécifique. Il est abandonné dans le traitement curatif et préventif des tuberculoses, car, s'il tue les bacilles tuberculeux dans les bouillons de culture, il les laisse vivre dans l'économie.

A la dose de 2 grammes, répétée quatre, cinq, six fois (on retire après chaque dose le contenu de l'estomac avec la pompe), le tanin n'est pas que le contre-poison des sels d'antimoine et de zinc ; il est, parce qu'il précipite leurs alcaloïdes, l'antidote des végétaux suivants ; belladone, ciguë, coca, colchique, digitale, ergot de seigle, ipéca, lobélie, tabac. Les ptomaïnes étant des alcaloïdes, on a proposé récemment de traiter le méphitisme de l'estomac par des lavages au tube de Faucher et celui de l'intestin par des lavements à l'aide d'une sonde élastique poussée jusqu'à l'S iliaque avec des solutions de tanin à 10/100.

Dr Ch. Liégeois.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

DERMATOLOGIE

I. — **Un traitement abortif de l'herpès.** — On a proposé l'alcool phénique pour provoquer l'avortement des vésicules herpétiques en début. Ce moyen n'est pas toujours fidèle, et M. Leloir lui préfère l'alcool résorciné, thymolé ou mentholé.

Alcool à 90°	100 grammes.
Résorcine	2 —

Ou bien :

Alcool à 60°	100 grammes.
Menthol	1 —

Ou bien encore, autre formule destinée à diminuer la douleur :

Alcool à 90°	100 grammes.
Hydrochlorate de cocaïne	1 —
Extrait de cannabis indica	10 —
Essence de menthe	10 —

Le pansement consistera donc dans l'application sur la surface malade :

1° De gaze imbibée de l'un de ces liquides ;

2° D'une feuille de gutta-percha ou de taffetas gommé ;

3° D'un morceau d'emplâtre diachylon pour fixer le pansement ;

4° D'une couche d'ouate hydrophile et d'un bandage, s'il y a lieu, pour assurer l'occlusion.

II. — **Quelques préparations contre le psoriasis.** — Dans ces derniers temps Eichoff et Lassar ont recommandé l'aristol, qui agit, paraît-il, à la manière de l'acide pyrogallique, mais sans avoir l'inconvénient de produire l'irritation. Voici la formule de la pommade d'Eichoff :

Aristol	3 à 10 grammes.
Vaseline	30 —

La *pommade d'Unna*, à base de chrysarobine, d'acide salicylique et d'ichthyol est ainsi composée :

Chrysarobine	5 parties.
Acide salicylique	2 —
Ichthyol	5 —
Vaseline	88 —

L'hydroxylamine aurait les mêmes avantages que l'aristol, d'après Jackson. Il l'emploie en solutions, en commençant par des solutions faibles à 1 pour 500, dont il augmente graduellement le titre. S. R.

REVUE DES LIVRES

Pathologie et traitement des myomes de l'utérus, par M. le Dr Lauwers (Manceaux, à Bruxelles, 1890).

Le petit livre de M. le Dr Lauwers, à côté de l'histoire banale et connue des fibromyomes utérins au point de vue pathologique, contient une partie personnelle à l'auteur et fort intéressante. C'est l'exposé des opérations qu'il a pratiquées pour un certain nombre de fibromyomes utérins.

Il a fait cinq myomectomies sans ouvrir la cavité utérine et obtenu cinq guérisons; il s'agissait de tumeurs pédiculées. Trois fois il a pratiqué l'hystérectomie supravaginale en rentrant le pédicule utérin dans le ventre : résultat deux morts et une guérison. Dans deux cas (dont l'un guéri), il avait suivi la pratique d'Olshausen, la réduction avec le lien élastique constricteur. Quelques mois après l'opération chez la malade guérie, la partie gangrenée du pédicule est expulsée par le vagin avec quelques ligatures de soie. Le tube en caoutchouc n'a pas été retrouvé.

Cinq hystérectomies en traitement extra-péritonéal du pédicule ont guéri.

Dans une sixième : il enleva un fibrôme avec son utérus gravide et les annexes. Guérison.

Lauwers est partisan du traitement extra-péritonéal toutes les fois que la cavité utérine a été ouverte Il emploie pour cela le procédé de Fritsch qui consiste après avoir fait la section cunéiforme antéro-postérieure sur l'utérus entouré d'un tube en caoutchouc, à suturer les deux lambeaux l'un contre l'autre avec des fils de soie autant qu'il en faudra pour ne plus avoir d'hémorragie, puis à suturer encore le moignon ainsi obtenu et dégagé du tube constricteur au péritoine pariétal. On soupoudre la rigole circulaire autour du moignon avec un mélange de tanin et d'iodoforme.

Citons pour terminer une ablation de tumeur fibreuse du ligament large terminée par la mort et deux hystérectomies totales vaginales pour utérus fibromateux, guéries toutes deux, l'une néanmoins avec une petite fistule stercorale iléo-vaginale.

N'oublions pas les quelques excellents dessins annexés au travail de l'auteur

Dr E. Schwartz.

La commune de Fort-Mardick, par le Dr Lancry (Paris, Steinheil, 1890).

Le Dr Lancry consacre une étude démographique intéressante à cette petite commune, fondée sous Louis XIV, près de Dunkerque, par quatre familles de pêcheurs. Le grand roi avait voulu former une colonie de matelots pour le recrutement de la marine de l'Etat ; ses prévisions se sont réalisées, et aujourd'hui la commune de Fort-Mardick fournit tous les ans une centaine d'hommes qui vont prendre part aux pêches d'Islande Les familles se sont multipliées, produisant une race forte ; son type s'est conservé à peu près intact, tel qu'il était à la fin du XVIIe siècle, car les habitants de cette commune ne s'allient qu'entre eux. Le Dr Lancry en profite pour consacrer

Digitized by Google

une partie importante de son travail aux mariages consanguins.

D'après lui, la consanguinité dans les unions est une cause fréquente de stérilité ; de plus, les mariages entre parents donnent plus souvent que les mariages entre étrangers des produits défectueux, mais ces résultats sont dus, non pas au non renouvellement du sang, mais à l'addition chez les produits, par l'hérédité, des tares diathériques semblables qui affectent les générateurs.

H. M.

Traité de petite chirurgie gynécologique par M. le Dr F. Mundé, professeur de gynécologie à New-York, traduit par Em. Lauwers (Manceaux, Bruxelles 1890).

C'est là une œuvre très complète, très consciencieusement faite et qui sera de très grande utilité à celui qui voudra absorber l'étude approfondie de la gynécologie.

Elle comprend trois parties. Dans une première, le professeur Mundé étudie l'examen en gynécologie ; procédés d'examen local, position à donner à la femme, tables pour l'exploration ; celle-ci étant pratiquée avec ou sans instruments. La deuxième est consacrée aux opérations de petite chirurgie gynécologique sur l'urèthre, la vessie, le vagin, l'utérus. On y trouve des notions précieuses sur la réduction de l'utérus et des ovaires déplacés, sur les différentes espèces de pessaires et sur leur mode d'emploi.

La troisième partie aborde des interventions d'un ordre plus élevé, à savoir : la trachéloraphie ou opération d'Emmet, les opérations contre la cystocèle, la rectocèle, l'urèthrocèle, le prolapsus de l'utérus et du vagin.

Un grand nombre de figures annexées au texte permettent de suivre facilement l'auteur dans ces descriptions techniques.

Dr E. Schwartz.

Manuel d'isepsie, par M. le Dr Vinay, agrégé à la Faculté de Lyon (Paris, 1890, 1 vol. in-12, J. Baillère).

C'est au point de vue spécial de l'action de la chaleur sur les germes que M. Vinay se place pour essayer de donner une idée générale, et néanmoins suffisamment complète des travaux publiés récemment sur ce sujet. A cet effet, il envisage les explications pratiques de la stérilisation par la chaleur, en chirurgie, en médecine et en obstétrique.

Ce livre arrive donc à une heure favorable où l'usage des étuves se généralise et où la chaleur passe à bon droit comme le meilleur moyen d'atténuer la virulence des germes où même de détruire ces derniers.

Il comprend deux parties : l'une théorique, destinée à édifier la doctrine de la désinfection par la chaleur, l'autre pratique, où il est amené à indiquer les moyens de rendre cette désinfection usuelle.

Il étudie donc dans les premiers chapitres les températures eugénésiques, l'action destructive des températures élevées et l'atténuation des virus par la chaleur et par le froid. Puis, après avoir rendu hommage aux travaux des divers auteurs français et étrangers, et plus particulièrement, cela s'explique, à ceux des lyonnais, M. Vinay entre dans le domaine de la pratique en cherchant les modes d'emploi de la chaleur, des étuves à chaleur sèche et à chaleur humide, des étuves à désinfection ; et enfin en étudiant la lutte contre les agents infectieux, en chirurgie, en oculistique, en obstétrique et en médecine. Enfin, il achève par deux chapitres consacrés à la stérilisation des substances alimentaires (lait, viande, conserves, vin ou bière), et aux établissements publics de désinfection.

Ce livre est intéressant à consulter parce que l'on trouve dans ses pages un groupement de faits épars dans la littérature médicale. C'est bien un manuel : il porte le nom qu'il mérite et, certes, il ne peut le porter mieux, car, ainsi envisagée, cette question assez fastidieuse de l'asepsie devient attrayante pour le lecteur et profitable au praticien.

C. Eloy.

Therapeutisches Lexikon für praktische Aerzte, par le Dr Anton Bum, 7e et 8e livraisons (1890, Vienne, Urban et Schwazenberg).

Ce petit dictionnaire de thérapeutique continue rapidement sa publication. Ce fascicule contient la fin de la lettre G jusqu'à l'I (influenza). Les principaux articles : goutte, hémorragie cérébrale, hemoptysie, hémorrhoides, bec de lièvre, vers intestinaux, migraine, hernie, teigne tondante, affection du cœur, hydrothérapie, hypnose, hystérie, ictère, appareils immobilisateurs, donnent toutes les indications nécessaires pour le traitement.

Dr H. Gilliet.

REVUE DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Ecoles préparatoires, Facultés de médecine et Universités régionales.

« Il est des moments où l'on doit tout dire et, dans ces moments là, il est sage de tout écouter. »

(Dechambre).

1851-1890. — *Conservation, suppression ou transformation des Ecoles préparatoires ? — Nouvelles facultés et anciennes Ecoles secondaires. — La lutte pour la vie... officielle et universitaire.*

Ce qu'il faut écouter. Les cahiers des Ecoles préparatoires. — Vœux des Ecoles de Clermont-Ferrand et de Dijon. — Doléances des professeurs de l'Ecole de Rouen. — Une lettre du Directeur de l'Ecole de Clermont-Ferrand.

Le jour où le gouvernement a déposé sur le bureau du Sénat, le projet de loi relatif à la constitution des Universités régionales, on pouvait, sans être prophète, augurer que la question de l'existence des Ecoles préparatoires de médecine allait se poser encore. Il en est ainsi chaque fois que l'on modifie les conditions de l'enseignement médical.

En effet, cette grave question n'est point nouvelle. Elle a été soulevée en 1851, en 1871 et en 1875 (1). On escomptait, à cette dernière date, la fondation de Facultés nouvelles. Ces Facultés ont été créées, les Ecoles, bien ou mal, survivent. Reste à savoir si les changements que l'on projette et que, je l'espère, sérieusement l'on prépare dans la constitution universitaire de la France, n'auront pas fatalement pour conséquences plus ou moins directes la ruine de ces institutions en tant qu'institutions officielles.

En 1851 et en 1873, des esprits sincères s'élevaient contre ce qu'ils appelaient déjà et ce que trop volontiers on appelle encore, un attentat contre le principe respectable et si peu respecté de la décentralisation scientifique.

Aujourd'hui le problème se présente dans des conditions différentes. Un grand effort, trop souvent mal secondé, hélas ! a été fait par les professeurs de ces Ecoles pour améliorer l'enseignement. D'autre part, aux quatre points cardinaux du pays, et même dans leur intervalle, on a placé des foyers universitaires. Ces Facultés adolescentes veulent, il fallait s'y attendre, augmenter leur action et rayonner au loin. Elles possèdent les ardeurs de la jeunesse ; elles en possèdent les ambitions et, c'est loi de nature, les illusions. Ce sont des défauts gé-

(1) Voir *Gaz Hebdomadaire*, 1851, 1873, 1875.

Digitized by Google

néreux. Faut-il donc les blâmer ? Comment ne pas les excuser ?

Et puis, voyons, c'est le combat pour la vie. *Struggle for life* ; mais, j'entends qu'avec raison l'on objecte : « Il ne faudrait pas que ce combat fût seulement une lutte pour la vie officielle ! » D'autre part, ajoute-t-on, en manière de sous-entendu, les conditions de la lutte ne sont pas égales. Aussi « sans escompter », comme on me l'a fait dire à tort, l'issue de ce combat, on est en droit de redouter que le résultat final ne soit celui de la fable du pot de terre et du pot de fer.

Jusqu'ici on s'est placé sur le terrain officiel et administratif pour essayer de remporter la victoire, c'est-à-dire assurer la conservation ou réaliser la transformation des Ecoles secondaires. La faute a été faite en 1875.

Le vin a été tiré; faut-il continuer de le boire ? Non, le salut des Ecoles préparatoires de médecine est sur le terrain de la *liberté réelle et absolue de l'enseignement médical;* j'écris de la LIBERTÉ EFFECTIVE DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL et,— je le répète, pour éviter toute méprise — sur ce terrain seulement qui n'est pas, comme on l'a trop habilement insinué, celui de la *liberté de l'exercice de la médecine et de la collation des grades professionnels.*

Tout à l'heure, « au moment de tout dire », je le démontrerai.

Pour l'instant, c'est « le moment de tout écouter » ; j'écoute,

La parole est aux défenseurs des Ecoles préparatoires de médecine? Tous — comme leurs adversaires d'ailleurs — proclament la nécessité de transformer et de relever l'enseignement de ces Ecoles. C'est avouer que la vitalité de ces institutions n'est point parfaite, que le présent laisse à désirer et que l'avenir ne paraît point assuré.

J'enregistre cet aveu plein de franchise et j'en trouve la preuve dans la manifestation universitaire des professeurs de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, dans les vœux de l'Ecole de Dijon, enfin dans les doléances énergiquement formulées par les professeurs de l'Ecole de médecine de Rouen, dans le vaillant journal *la Normandie médicale* dont on se plaît toujours à admirer l'énergie quand même elle est employée à combattre une cause que l'on défend.

Ce sont des documents à consulter dans le procès en instruction. L'impartialité me fait donc un devoir de les mettre à nouveau sous les yeux du lecteur.

Je commence par les conclusions de nos éminents confrères de l'Ecole de Clermont-Ferrand. On trouvera plus loin une lettre de M. Ledru, directeur de cette Ecole, qui les confirme et les complète. Les voici :

« 1° Création d'une *licence de médecine*, ne pouvant être prise qu'après quatre ans d'études au moins, c'est-à-dire après la seizième inscription. *Cette licence donnera seule le titre professionnel de médecin avec toutes les prérogatives attachées jusqu'ici au grade de docteur;*

» 2° Le grade de *docteur en médecine*, qu'on ne pourra prendre qu'après l'obtention de la licence, ne sera plus considéré désormais que comme grade *exclusivement universitaire* et ne conférera, à celui qui l'aura acquis, aucune prérogative professionnelle supérieure à celle que lui aura conféré la licence ;

» 3° Rétablissement des examens de fin d'année, seule sanction effective des études ;

» 4° Les Ecoles préparatoires de médecine seront compétentes pour faire passer les examens de fin d'année. Elles le seront également, mais, en ce cas, sous la présidence d'un professeur de Facultés, délégué à cet effet, pour conférer le grade professionnel de licencié en médecine ;

» 5° Les Facultés de médecine seules auront compétence pour conférer le grade de docteur en médecine ;

» 6° Les Facultés de médecine de Paris, Lyon, Bordeaux et Montpellier, ont seules, en France, un rôle réellement utile. Toutes les autres sont nuisibles, et il serait grandement à désirer qu'on puisse les faire disparaître. Il est nécessaire, en tous les cas, que l'on ne songe pas à en créer de nouvelles et que l'on se refuse à instituer des Universités régionales en dehors de Paris, Lyon, Bordeaux et Montpellier. »

Pour relever la prospérité des écoles secondaires, nos confrères demandent donc :

Des *réformes scolaires* : rétablissement des examens de fin d'année ;

Des *réformes professionnelles* : la création d'un grade nouveau destiné à remplacer l'officiat de santé qui est condamné, et le doctorat actuel dont la collation appartient aux Facultés.

Une *augmentation de prérogatives* : la collation du grade de licencié.

La *réduction du nombre des Facultés de médecine* : par la suppression de celles de Nancy et de Lille et la *limitation à quatre des futures Universités régionales.*

Réduction ici; suppression là; limitation ailleurs ! Ah ! chers confrères, vous vous refusez, ce qui s'excuse et s'explique, à la suppression d'Ecoles qui vous sont chères et voilà que vous condamneriez volontiers à mort, les Facultes du voisin ! Non, croyez-moi, ce n'est plus là une lutte pour la vie : cela devient un combat pour la mort. Croyez-moi, le principe évangélique a du bon : ne demandez pas de faire aux autres ce que vous ne voulez pas qu'on vous fasse.

Quel est donc le crime de Lille et de Nancy ? Serait-ce leur promotion au rang de Faculté; l'une en face d'un établissement d'enseignement médical, libre, il est vrai, mais fondé dans un esprit confessionnel que je respecte sans l'apprécier; l'autre auprès de notre frontière meurtrie, et au voisinage de populations toujours fidèles à la France.....

Ecoutons maintenant nos confrères dijonnais.

Que revendiquent-ils au nom du salut de l'Ecole que leur enseignement honore si dignement ?

1° Le maintien de deux ordres de médecins ;

2° Le rétablissement des examens dits de fin d'année et des examens probatoires ;

3° L'autorisation pour les étudiants en pharmacie de 1re classe de faire toutes leurs études dans les écoles, dans le cas où les pharmaciens de 2e classe seraient supprimés ;

4° Le groupement des candidats à l'officiat et à la pharmacie de 2e classe dans les villes où siègent des Ecoles ou des Facultés, pendant la durée des trois années de leur service militaire, et des facilités pour ces jeunes gens afin de suivre les

Digitized by Google

cours des Ecoles ou des Facultés à partir de leur 2e année de service militaire;

5° L'élargissement des dispositions du projet de loi sur les Universités pour permettre aux groupes comprenant trois Facultés et une Ecole de médecine et de pharmacie d'être érigés en Universités.

Ici encore, des *revendications scolaires* pour rendre les études plus soutenues, excellente intention, et aussi, pour retenir, ce qui serait un bien, les élèves dans la main des maîtres et... sur les bancs de l'Ecole secondaire, les étudiants disposés à émigrer vers les Facultés.

Ici encore : des *revendications professionnelles*. Elles diffèrent notablement de celles que les professeurs de Clermont ont formulées.

A Dijon on maintient les deux ordres de praticiens : c'est la conservation de l'officiat de santé et du *statu quo*. Les professeurs dijonnais sont dualistes en matière professionnelle ; nos confrères de Clermont-Ferrand sont unicistes.

A Clermont-Ferrand, on veut un titre unique : celui de praticien. On lui donne le nom de licence en médecine, grade et titre nouveaux en France, et non ailleurs, comme je le montrerai. Mais qu'importe le nom ?

Il y a beau temps que l'on admet l'urgence de l'unification du titre professionnel. Les honorables professeurs de Clermont-Ferrand sont donc, en principe, de l'avis de presque tout le monde, seulement, au lieu de faire l'unification sur les programmes du doctorat réformé, ils le font sur ceux de l'officiat amélioré. Il me semble qu'il y a une notable différence et que les professeurs de l'Ecole de Dijon ne sont pas sans en tenir compte, puisque, à l'instar de leurs collègues de Clermont, ils ne décapitent pas le doctorat pour compléter l'officiat.

Et puis, ce n'est pas tout. Seule obligatoire, seule nécessaire, ajoute-t-on, pour les futurs praticiens, la licence, diplôme professionnel surtout, serait délivrée par les Ecoles préparatoires au même titre que par les Facultés.

Je sais bien qu'on laisserait aux Facultés — il faut bien leur laisser quelque chose — le privilège de conférer le doctorat à ceux, trop rares, hélas! qui possèdent l'amour de la science, ou, ce qui est encore plus exceptionnel, la passion professorale. Le doctorat, ainsi considéré, deviendrait un grade purement universitaire; et, pour ceux qui ne briguent pas les honneurs d'une chaire officielle, une sorte distinction. Serait-ce la croix de la Légion d'honneur de l'enseignement de la médecine ou simplement la décoration académique ?

C'est, à coup sûr, fort ingénieux. Sans grand effort d'intuition, on prévoit aisément que la majorité des étudiants, plus désireuse, par nécessité de fortune, d'avantages professionnels qu'ambitieuse de privilèges universitaires, oublierait le chemin des Facultés, pour se diriger vers les Ecoles préparatoires.

C'est une hypothèse que nos confrères de Clermont n'avaient peut-être point à examiner au point de vue particulier où ils se plaçaient. Dans l'intérêt général du pays, ne mériterait-elle pas discussion ?

Tout à la pratique, rien à la science et aux hautes études! Et cependant, j'avais toujours entendu dire qu'un peu de science et d'enseignement supérieur n'est point préjudiciable au médecin. Quelle erreur !

J'avais encore entendu dire que le meilleur praticien n'est point celui qui sait le moins. Autre erreur !

J'avais, enfin, entendu répéter, souvent même, depuis vingt ans, que le séjour dans les grandes Universités n'est point superflu pour le développement de ce que l'on appelle l'éducation scientifique ; éducation non moins nécessaire au médecin, qu'à l'avocat, au chimiste ou à l'ingénieur. Autre erreur que commettent, avec moi, tous ceux qui, pour faciliter l'accès des foyers de haute culture intellectuelle demandent la création et la multiplication des Universités régionales.

Après nos honorables confrères de Clermont-Ferrand et de Dijon, voici les doléances de quelques uns des distingués professeurs de l'Ecole de Rouen. Je les emprunte à la *Normandie médicale* du 1er octobre 1890 :

Pour ceux qui s'occupent sérieusement de la question, il est sûr que les Ecoles secondaires ont fait de réels progrès depuis quelques années. Ce sont les jeunes qui, sans le secours de la loi, et même en dépit des lois et règlements, ont commencé le mouvement de décentralisation universitaire et scientifique.

Mais à Paris tout le monde n'a pas vu la chose d'un bon œil !... Toujours est-il que par une série de règlements savamment ourdis, on a travaillé tous les jours à entraver les progrès des Ecoles susdites.

On leur a supprimé les examens de fin d'année

On leur a ôté toute sanction sur le travail de leurs élèves.

On leur a enlevé leurs meilleurs élèves, en forçant ces derniers à faire un stage à Paris, (et quel stage) !

On a rendu, il est vrai, à quelques Ecoles, les examens de la première année et une partie des examens de la seconde, mais ces examens sont passés par trois professeurs de la Faculté.

On a forcé les professeurs suppléants à passer un concours à Paris, mais quand leur tour est arrivé de devenir titulaire on a mis à leur place *un parisien* difficile à caser à Paris.

On ne reconnait même pas aux professeurs des Ecoles secondaires le droit de donner leur avis sur le choix de leur Président, le Directeur de l'Ecole, et encore moins celui de désigner le titulaire d'une chaire vacante.

On a transformé peu à peu le professeur de province en une sorte *d'employé, de commis*, auquel on laisse le soin de faire des cours aux étudiants. — (Malgré cette suite de persécutions il y a encore des étudiants ; on ne croyait pas là-bas que les écoles auraient la vie aussi dure) !

Ces lignes sont l'extrait d'un article dans lequel M. le Dr Brunon, professeur à l'Ecole de médecine de Rouen, s'efforce de réfuter les arguments que j'ai fait valoir dans le numéro de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* en septembre 1890 contre la création d'une licence en médecine.

Voici encore un autre document. C'est une lettre que M. le directeur de l'Ecole de médecine de Clermont me fait l'honneur de m'adresser en réponse au même article. Je l'en remercie au nom du *Journal des Praticiens*, car il reconnait l'impartialité et l'esprit de libéralisme que nous tous, ici, nous sommes fait l'inflexible devoir de professer à l'égard de toute opinion sincèrement formulée.

Digitized by Google

ACADÉMIE DE CLERMONT

Enseignement supérieur.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE

DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CLERMONT-FERRAND

Clermont-Ferrand, 20 septembre 1890.

Monsieur et très honoré Confrère,

L'adresse que nous avons envoyée à nos représentants a eu le don d'exciter votre verve et nous attire de votre part des reproches que nous ne méritons pas ; aussi je crois de mon devoir de profiter de la liberté de polémique de votre journal pour vous donner, à vous et à vos lecteurs, quelques explications plus précises.

Dans la note donnée à nos représentants, nous n'avons voulu traiter la question que d'une façon générale, et si nous avons demandé une licence en médecine, ce n'est que par analogie avec les autres branches de l'enseignement supérieur (lettres, sciences, droit). Le nom ne fait rien à la chose, et si notre projet était adopté, nous sommes absolument convaincus que la majorité des étudiants chercherait à arriver au grade supérieur que nous appelons doctorat en médecine. Ceux qui se contenteraient du grade de licencié auraient encore fait de très bonnes études, puisque, en dehors de la thèse, ils suivraient les mêmes cours et subiraient les mêmes examens que les docteurs actuels. Croyez-vous que la thèse soit indispensable pour faire un praticien ? Nous nous en rapportons à votre jugement.

Nous ne voulons donc pas abaisser le niveau des études médicales, mais, bien au contraire, le relever, et si nous demandons deux grades, c'est pour permettre aux étudiants peu fortunés, qui seuls iront plus tard s'établir dans les campagnes, de suivre leurs cours dans des villes où ils n'ont pas à supporter de trop fortes dépenses matérielles.

Vous portez contre nous, d'autre part, une accusation qui nous a été très sensible : « Quant à l'intérêt supérieur de la » science, dites-vous, à l'importance de maintenir au diplôme » doctoral une grande valeur, de s'efforcer d'entraîner toutes » les vocations vers le doctorat, quant à soutenir le renom de » la médecine française, foin de tout cela ! Au lieu de conduire » les officiers de santé au doctorat, nous faisons rétrograder » les docteurs vers l'officiat en les menant à la licence, en sauve- » gardant surtout les situations acquises, les intérêts locaux, » le clocher électoral ! Ah ! voyez-vous, tout est là »

Nous avons, croyez-le bien, plus de dignité, et les situations acquises sont loin de nous avoir seules poussés à une adresse à nos représentants Ces situations acquises, c'est à notre municipalité, à notre conseil général, à nos représentants à la Chambre et au Sénat de s'en préoccuper. C'est grace aux budgets municipal et départemental seuls que nous vivons, et nous rendons à la ville, sous forme de ressource et de garantie sanitaire, une partie de ce qu'elle fait pour nous.

Pour nous, nous avons seulement en vue les éléments multiples d'instruction mise à la portée des élèves dans les écoles secondaires, éléments qui se trouveront perdus si ces écoles sont supprimées. Sans vouloir nous comparer aux professeurs des Facultés, dont nous reconnaissons la grande supériorité scientifique, vous nous accorderez cependant que le corps enseignant des écoles, recruté au concours devant un jury de Faculté étranger à l'école, se trouve constitué dans des conditions de compétence et d'impartialité qui peuvent offrir des garanties suffisantes. Nous n'en voulons, du reste, de meilleure preuve que le grand nombre de vos collaborateurs pris parmi les professeurs des écoles secondaires.

Je vous ferai, d'autre part, remarquer que, dans nos écoles, les élèves ont tout sous la main, et, à cause de leur nombre restreint, ils sont constamment sous l'œil des maîtres, qui font les appels aux cours, qui les interrogent, leur font examiner les malades eux-mêmes et les forment de bonne heure à la pratique. Ils ont à leur disposition des cadavres en abondance et peuvent faire de sérieuses études d'anatomie ; des laboratoires bien installés et bien outillés où, constamment guidés par les chefs des laboratoires, ils travaillent avec fruit, ne craignant pas de demander des explications qui ne leur sont jamais refusées ; ils ont, réunies dans un même hôpital, toutes les cliniques avec de nombreux malades, se faisant à des jours ou à des heures différents, de manière à ce qu'ils puissent les suivre toutes ; ils ont accès dans les salles d'accouchement. Dans les Facultés, à l'exception des internes et des externes et des quelques rares élèves qui vont demander aux médecins des hôpitaux, en dehors de l'enseignement officiel, de leur apprendre les éléments de la médecine au lit des malades, ce que ces messieurs, à leur honneur, se font un devoir de leur enseigner, les étudiants arrivent au doctorat avec un bien faible bagage de pratique médicale. Les débutants, abandonnés à leur propre inspiration, sans direction aucune, n'ont souvent d'autre guide qu'un camarade plus âgé.

Du reste, l'instruction des écoles secondaires a souvent fourni de très bons internes à l'école de Paris, et nous pourrions citer nombre de médecins et de chirurgiens des hôpitaux de Paris, voire même de professeurs de la Faculté qui aiment encore à se rappeler leurs débuts dans une école secondaire.

Si nous demandons le rétablissement des examens de fin d'année, ce n'est pas, comme vous paraissez le croire, pour nous montrer coulants et nous attirer des élèves; c'est, au contraire, pour exciter leur émulation au travail, c'est pour joindre à notre autorité morale une sanction pénale en ajournant les paresseux, en refusant les incapables.

« La décadence des écoles secondaires tient à des causes plus » générales, écrivez-vous, et à des conditions économiques et » sociales nouvelles. »

Je vous serais très reconnaissant de nous expliquer ces causes.

A notre avis, elle tient uniquement au mode actuel des examens, qui est en même temps aussi funeste que possible à la solidité des études; les élèves sont obligés, à la fin de chaque année, d'aller passer, devant une Faculté, un examen sérieux, puisqu'il est définitif. Ils sont interrogés généralement sur les matières que le professeur de la Faculté a longuement développées dans son cours, et souvent, pendant l'examen, on leur fait sentir qu'il serait plus utile pour eux d'avoir suivi ce cours que de faire leurs études dans une école ; et, de plus, ce qui arrive le plus souvent, c'est qu'une fois reçus à cet examen, les élèves s'empressent de ne plus jamais s'occuper de ces matières, qu'on ne leur demandera plus.

Renvoyez, au contraire, tous les examens probatoires à la fin des cours, laissez les élèves faire leur instruction où ils la trouveront à leur convenance, et lorsqu'ils se sentiront en état de passer leurs examens définitifs, qu'ils se présentent devant un jury de Faculté et vous verrez les Ecoles secondaires devenir aussi florissantes que par le passé, et leurs élèves lutter à armes égales avec ceux des Facultés.

Le directeur de l'école de Clermont,
Dr E. Ledru.

M. le Dr Brunon déclare que la situation des Ecoles préparatoires de médecine laisse à désirer. C'est un aveu à retenir.

M. le Dr Ledru et ses honorables collègues de Clermont et de Dijon, redoutent qu'elle devienne encore plus précaire et veulent éloigner d'elles le danger qui les menace. Ils proposent quelques remèdes à cette situation. C'est de sage prophylaxie ; soit.

En fait, à Rouen, à Dijon, à Clermont, nos honorables contradicteurs sont unanimes pour demander le main-

Digitized by Google

tien des écoles préparatoires comme *Institutions officielles et agrégées à l'Université*. Soit encore.

J'ai promis de tout écouter : c'est fait.

J'ai promis aussi de tout dire : le moment est venu de le faire. Je le fais.

(*A suivre.*) CH. ELOY.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er octobre 1890.

Présidence de M. le Dr NICAISE

Traitement des fistules recto-vaginales. — M. LE DENTU expose un procédé opératoire qu'il a imaginé pour le traitement d'une fistule recto-vaginale d'un diamètre de 4 millimètres, datant de huit ans et située assez haut dans le vagin. Une première incision courbe est faite au-dessous de la fistule, dont elle est éloignée de 12 millimètres et, remontant au-dessus, décrit à peu près une demi-circonférence supérieure autour d'elle. Une deuxième incision est tracée de façon à réunir les deux extrémités de la première, en rasant en bas l'orifice fistuleux. La muqueuse vaginale est enlevée sur la surface circonscrite par ces deux incisions ; on obtient ainsi une surface cruentée. Un lambeau vaginal est ensuite disséqué au-dessous de la fistule, puis remonté en haut, de façon à fermer l'orifice de communication avec le rectum, et suturé sur les bords de la ligne courbe supérieure. Ce lambeau, en contact avec une surface cruentée, a repris par première intention, et, au bout de quelques jours, la guérison était parfaite. Elle s'est toujours maintenue depuis cette époque.

M. QUENU. — La cure des fistules vésico-vaginales est une opération délicate. L'avivement simple des bords de l'orifice peut être suivi d'insuccès, comme cela lui est arrivé une fois. La raison doit en être attribuée au rapprochement des muqueuses rectale et vaginale, soudées sur les bords de l'orifice. Chez la même malade, le procédé de M. Guérin lui a parfaitement réussi. Il consiste à dédoubler la cloison recto-vaginale, puis à suturer l'orifice fistuleux vaginal, qui se trouve remonté vers la partie supérieure du vagin et ne correspond plus à l'orifice rectal, de telle façon que les gaz ne peuvent plus pénétrer dans le vagin, et on sait qu'ils sont la principale cause de désunion.

M. MONOD fend le périnée jusqu'à la fistule, suivant le procédé de M. Richet, puis il avive les bords de la fistule et fait ensuite la périnéorraphie, comme s'il s'agissait d'une rupture simple du périnée.

M. SEGOND. — Il faut distinguer les fistules haut ou bas situées dans le vagin. Les premières ne sont pas justiciables de la section du périnée, qui, d'ailleurs, peut être intact. L'opération, trop considérable, dépasse le but à obtenir. Les fistules recto-vaginales sont, au contraire, traitées avec avantage par la périnéorraphie.

M. LE DENTU. — De la discussion qui précède, il résulte que l'on doit distinguer plusieurs catégories de fistules ne nécessitant pas les mêmes opérations. Lorsque la fistule est accompagnée d'une large déchirure du périnée, il faut faire la section de la cloison recto-vaginale jusqu'au trajet et la périnéorraphie, comme l'indique M. Segond. Si le périnée est intact et la fistule bas située, le procédé de M. Guérin, appliqué par M. Quenu, convient parfaitement. Enfin, si le périnée est intact et la fistule haut située, mais accessible à l'exploration directe, notre procédé doit être la méthode de choix. L'avivement simple ne nous a jamais réussi.

Hématome tubaire. — M. ROUTIER présente un double hématome des trompes, consécutif à une oblitération complète du canal cervical de l'utérus, après cautérisation avec le crayon de chlorure de zinc. La malade a guéri après la laparotomie.

Dr H. MARCIGUEY.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 12 Mai 1889

Présidence de M. le Dr Michel DANSAC

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté. La correspondance manuscrite comprend : 1° une lettre de M. Groussin, priant de remettre sa communication à une séance ultérieure ; 2° une lettre de M. Puy Le Blanc, ainsi qu'une brochure sur l'eczéma ; 3° une lettre ainsi qu'un travail de M. Poulet, de Plancher-les-Mines, membre correspondant.

La correspondance imprimée contient : 1° le *Poitou médical*, 2° la *Revue chirurgicale* ; 3° l'*Art dentaire*, 4° la *Gazette gynécologique*.

M. JULLIARD (à l'occasion du procès-verbal) dit avoir fait une rectification au compte rendu de la séance du 24 mars 1890.

1° A ce propos, M. Julliard dit avoir essayé l'*ammoniaque* dans le sens indiqué par M. Michel-Dansac. Ce n'est pas *ammoniaque* qu'il faut lire ; mais bien *chlorhydrate d'ammoniaque*, ce qui n'est pas du tout la même chose.

2° L'autre communication de M. Julliard doit être rédigée comme suit :

« J'attire l'attention de mes collègues sur le fait suivant :

Depuis quelque temps, on prescrit assez fréquemment soit en collyres soit en gargarismes, une solution de borate de soude et de chlorhydrate de cocaïne. Aussitôt que ces sels se trouvent en présence dans le véhicule aqueux, il se forme un précipité, qui n'est autre que la *cocaïne*.

Le borax étant un sel alcalin, l'excès de soude se combine avec l'acide chlorhydrique du sel de cocaïne, formé de chlorure de sodium qui reste en solution dans la liqueur, et la cocaïne se trouve ainsi isolée. Afin de la laisser dans la solution, il faut la chauffer légèrement avec un peu de glycérine.

On voit tout de suite les conséquences de l'exécution de cette formule ; il y a dans la solution du *sel marin*, que le médecin n'avait certes pas l'intention d'y introduire ; et de plus, de la glycérine non prescrite, mais qu'il est indispensable d'ajouter, si l'on veut conserver l'action de la cocaïne.

On voit aussi l'ambarras du pharmacien, auquel il est absolument interdit de modifier une ordonnance médicale ; ainsi que la responsabilité qui lui incombe.

En réponse à l'observation de M. Reliquet, qui ajoute qu'il se sert souvent d'acide borique et de cocaïne, et qu'il n'observe jamais de précipité, M. Julliard répond qu'il ne doit ni ne peut y en avoir aucun ; puisque c'est avec l'excès de soude du borax que le phénomène se passe.

La Société consultée remet la prochaine séance au deuxième lundi de juin, en raison de la fête de la Pentecôte.

M. NICOLAS présente un travail sur l'eczéma, et un autre sur le brouillard.

M. ORY pense qu'il est bon de coucher le malade en cas d'érysipèle ; mais qu'il est peut-être mauvais de l'alimenter dans ces circonstances en raison de l'état fâcheux du tube digestif.

M. NICOLAS insiste, toutefois, sur la nécessité de l'alimentation dans l'érysipèle, ainsi que dans les dermatoses aigues.

M. SCHWARTZ. Un des facteurs importants du pronostic de l'érysipèle est l'élévation de la température. Dans les cas d'érysipèle grave, je crois qu'il faut nourrir les malades autant que possible, de plus j'emploie, à l'exemple de Labbé, le sulfate de quinine à dose excessive, et m'en trouve très bien.

Digitized by Google

M. Tripet vient d'observer un érysipèle de la face qui a récidivé malgré l'antisepsie de la quinine et s'est compliqué d'abcès de la parotide.

M. Nicolas croit que certains érysipèles demeurent superficiels et d'autres en profondeur, ceux-ci sont plus graves.

M. Tripet ne comprend pas la distinction des érysipèles en superficiels et profonds, l'érysipèle étant une dermite infectieuse.

M. Schwartz confirme ce qu'a dit M. Tripet, l'érysipèle non compliqué est une dermite.

M. Pennel lit un rapport sur la candidature du Dr Debrigade et conclut à l'admission.

M. Paul Blocq fait un rapport moral sur la même candidature et conclut à l'admission.

M. Eugène Bloch fait une communication sur deux cas de **septicémie aiguë d'origine contagieuse** (voir page 625).

M. Paul Blocq pense qu'en raison de la suppuration les observations de M. E. Bloch seraient mieux classées sous le titre de *pyohémie*. On peut rapprocher ces cas de plusieurs observations catégorisées autrefois sous le nom de pyohémie spontanée, et publiées par Gaucher, Mathieu, Bourcy, Charrin. M. Bouchard, à propos de ce dernier cas, a fait remarquer que les portes d'entrée existaient toujours, et étaient fréquemment représentées par l'amygdale.

M. E. Bloch croit que les faits de pyohémie dite spontanée ne doivent être accueillis qu'avec grande réserve, bien que les portes d'entrée échappent souvent.

M. Debrigade est élu.

Le secrétaire,
Dr Paul Blocq.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 octobre 1890

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

M. Perier présente deux malades. La première, âgée de quarante-huit ans, souffrait depuis deux ans de troubles digestifs avec des malaises. En juillet 1888, elle éprouva une douleur vive, suivie de syncope. Quelques mois après, le ventre grossit et il se forma de l'ascite En 1889, on fit la laparotomie, qui donna issue à du liquide renfermant de la bile et des vésicules lymphatiques. A la face supérieure du foie, sous le diaphragme, existait une cavité kystique ouverte. La plaie fut incomplètement suturée, un drain mis à la partie inférieure. La plaie donna issue longtemps à de la bile. L'opérée guérit.

La deuxième malade avait dans le flanc droit une masse indolente, fluctuante, mobile, mate, entourée complètement d'une zone sonore. On diagnostique un kyste épiploïque. On fit une ponction qui donna issue à un liquide visqueux, avec des globules blancs et des plaques de cholestérine. On crut alors à un kyste du mésentère. On fit la laparotomie, et on trouva une tumeur volumineuse constituée par la vésicule biliaire. Celle-ci fut ponctionnée; elle renfermait un calcul qui fut extirpé. La vésicule fut enlevée. La malade guérit.

De l'exalgine. — M. Desnos lit un travail sur l'exalgine. Il en résulte qu'à la dose de 0 gr. 75 le médicament peut produire une légère cyanose. Le médicament est facilement toléré par le tube digestif. A la dose de 0 gr. 25, l'exalgine supprime parfois les douleurs névralgiques. Elle est sans danger à la dose de 1 gr. à 1 gr. 75, à condition qu'on la donne par doses fractionnées de 0 gr. 25. L'exalgine est utile contre les douleurs névralgiques.

De la dépopulation de la France. — D'après M. Rochard, la question comprend deux parties : la natalité et la mortalité. Sur la première, l'hygiène ne peut rien ; sur la seconde, elle est toute puissante. Les orateurs précédents n'ont parlé que de la stérilité volontaire, mais il faut tenir compte de la stérilité involontaire. Sur 10,000,000 de ménages, il y en a 2,000,000 de stériles. On pourrait éviter cet inconvénient par une meilleure hygiène des enfants.

Notre mortalité est considérable si on tient compte des conditions de bien-être dans notre pays. On pourrait la diminuer d'un quart et la ramener de 22 0/0 à 15 0/0. Si on arrive à ce résultat on obtiendrait 5 0/0 d'accroissance de la population. Le chiffre de la mortalité des enfants illégitimes est énorme. Il y a nécessité de rétablir un endroit où la femme pourrait déposer l'enfant qu'elle ne veut pas nourrir. Il n'y a pas un dixième des départements où on applique la loi Roussel. On perd encore en France 6,000 malades de petite vérole. On ne fait rien pour empêcher la mortalité par fièvre typhoïde.

M. Nocard lit un rapport sur un travail de M. Peyraud (de Libourne) sur le traitement de tétanos par la strychnine. Il a répété les expériences de M. Peyraud : tous les animaux inoculés sont morts.

M. Delthil lit un travail sur l'identité de la diphtérie humaine et animale et sur la probabilité de son origine animale et plus particulièrement ornithologique. F. R.

INFORMATIONS

FRANCE

La médecine légale aux colonies. — Un décret du 22 septembre dernier fixe ainsi les honoraires et vacations des médecins, chirurgiens, officiers de santé, sages-femmes, dans les colonies de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Réunion :

Art. 17. — 1° Pour chaque visite, y compris le rapport et le premier pansement, s'il y a lieu, 10 fr.;

2° Pour toutes autres opérations plus difficiles que la simple visite avec ou sans premier pansement, 15 fr ;

3° Pour les ouvertures de cadavres avant inhumation, 20 fr.;

4° Pour les ouvertures de cadavres après exhumation, 30 fr.;

Toutefois les médecins, chirurgiens ou officiers de santé des prisons ou hôpitaux n'ont droit en aucun cas à l'indemnité allouée par le numéro 1° du présent article pour les visites, rapports ou premiers pansements, à l'occasion d'inculpés, prévenus ou accusés, dans les prisons ou hôpitaux auxquels ils sont attachés.

Art. 18. — Les visites faites par les sages-femmes sont payées 5 fr.;

Art. 19. — Outre les droits ci-dessus, le prix des fournitures nécessaires pour les opérations est remboursé sur la production de mémoires et de toutes pièces justificatives.

Art. 21. — Il n'est rien alloué à titre de frais de justice pour soins et traitements administrés, soit après le premier pansement, soit après les visites ordonnées d'office.

Art. 25. — Il n'est rien alloué pour la présentation de serment ni pour la remise du rapport.

Art. 26. — Dans le cas de transport hors du lieu de leur résidence, les médecins chirurgiens, officiers de santé, sages-femmes, outre la taxe ci-dessus fixée pour leurs honoraires et vacations, sont indemnisés de leurs frais de voyage et de séjour de la manière déterminée ci-après.

Art. 27. — Dans tous les cas où les médecins, chirurgiens, officiers de santé, sages-femmes sont appelés soit devant le juge d'instruction, soit aux débats, à raison de leurs déclarations, visites ou rapports, les indemnités dues par cette comparution, pour leurs frais de voyage et de séjour, leur sont payées comme à des témoins ordinaires.

Art. 82. — Il est accordé, suivant le cas, des indemnités de voyage et de séjour :

Aux médecins, chirurgiens, officiers de santé, sages-femmes,

Digitized by Google

lorsqu'à raison des fonctions qu'ils doivent remplir, ils sont obligés de se transporter à plus de deux kilomètres de leur résidence, soit dans le canton, soit au delà.

Art. 83. — En toutes matières, criminelle, correctionnelle ou de simple police, les frais de voyage pour les localités desservies par le chemin de fer sont réglés ainsi qu'il suit pour chaque myriamètre parcouru en allant et revenant :

1° Pour les médecins, chirurgiens, officiers de santé, 2 fr.;

2° Pour les sages femmes et témoins, 1 fr.

Art. 85. — Lorsque les individus ci-dessus- dénommés sont obligés de se transporter dans des localités desservies par le chemin de fer, il leur est alloué pour chaque myriamètre parcouru en allant et en revenant :

1° A ceux de la première classe, 4 fr.;

2° A ceux de la deuxième classe, 2 fr.

Art. 87. — Toutefois, lorque les personnes dénommées à l'article 83, obligés de se transporter dans des localités qui ne sont desservies ni par le chemin de fer, ni par des voitures publiques, justifient de frais de transports supérieurs au montant des indemnités allouées à l'article précédent, leurs états ou mémoires avec pièces justificatives à l'appui sont acquittés sur simple taxe et exécutoire du magistrat, à la charge par celui-ci d'en rendre compte au gouverneur.

Art. 88. — Les indemnités de transport sont réglées par myriamètre et demi-myriamètre.

Art. 92. — Lorsque les individus dénommés dans l'article 83 sont arrêtés dans le courant du voyage, par force majeure, ils reçoivent nne indemnité pour chaque jour de séjour forcé, savoir :

1° Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, 6 fr.;

2° Les sages-femmes, 3 fr.

Ils sont tenus de faire constater par le juge de paix ou ses suppléants ou par le maire ou, à son défaut, par ses adjoints, la cause du séjour forcé en route, et d'en présenter le certificat à l'appui de leur demande en taxe.

Si les mêmes individus sont obligés de prolonger leur séjour dans la ville où se fait l'instruction de la procédure et qui n'est pas celle de leur résidence, la même indemnité leur est allouée pour chaque jour de séjour.

NOUVELLES SANITAIRES

ÉTRANGER

Angleterre. — Un correspondant nous écrit : « Ces jours » derniers, on a fait bruit d'un cas de choléra qui s'était » déclaré à bord du *Picton*, arrivé récemmment dans la Mersey » et venant de Willmington (Etats-Unis). Ce navire a été visité » par le Dr Imlach, médecin de la quarantaine. Il s'agissait » d'un cas de diarrhée causée par l'emploi intempestif de » pilules et d'huile de ricin.

» D'ailleurs, si, comme on l'a écrit, ce navire venait d'Es- » pagne, il faut convenir qu'il avait quitté ce pays depuis long- » temps. Il y a trois mois, en effet, il avait bien atterri à Car- » thagène, — c'était en juin dernier. Depuis, il avait continué » son voyage par Baltimore et Willmington.

» Voilà donc comme on écrit l'histoire... des épidé- » mies. »

Afrique. — A Massouah, la situation est meilleure, d'après les informations italiennes, et depuis le 1er octobre on considère l'épidémie comme à son déclin. On attribue son importation aux tribus indigènes qui ont su, assez facilement d'ailleurs, se soustraire à la surveillance des Italiens.

Aden. — La contamination de ce port est un fait grave, bien que les journaux anglais en parlent peu. Elle a motivé des instructions plus sévères du conseil sanitaire d'Alexandrie et des gouvernements de l'Europe continentale à l'égard des navires traversant la Mer Rouge et relâchant presque tous à Aden.

Asie-Mineure. — Même sévérité et même danger à l'égard des provenances d'Alep, où l'épidémie sévit en ce moment.

De plus, d'après des informations d'un correspondant de Teheran, on a lieu de craindre que l'épidémie se propage de plus vers la Mésopotamie, dans la direction de Van à Mossoul et Bagdad. Elle diminue dans les provinces russes voisines de la frontière persane.

Espagne. — **L'épidémie cholérique de 1890.** — Il ne semble pas se confirmer encore, comme on l'avait annoncé, que l'épidémie soit en sérieuse décroissance, et on s'explique par là toute la rigueur que le gouvernement français continue à prescrire dans la surveillance sanitaire des voyageurs et des provenances venant d'Espagne.

D'après les statistiques officielles, il y a eu, nous écrit-on, 1,814 cas nouveaux et 959 décès de choléra durant le mois de septembre, ce qui porterait la morbidité totale de l'épidémie à 4,870 cas et la mortalité à 2,516 décès.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Nominations dans le corps de santé militaire (Réserve). — Par décret en date du 14 septembre 1890, ont été promus : *Au grade de médecin aide-major de première classe* : MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Charles, Camescasse, Gaboriaud et Drouet.

Nomination dans le corps de santé de la marine (Réserve). — *Au grade de médecin principal* : M. le Dr Barret.

L'incorporation des étudiants en médecine. — Une communication du ministère de la guerre nous informe qu'un certain nombre de jeunes gens, appelés à ne faire qu'une année de service militaire, en raison de la dispense accordée aux possesseurs de diplômes d'avocat, de docteur en médecine et de pharmacien, ont sollicité l'autorisation de faire leur service dans les villes où leurs occupations les retiennent.

M. le ministre de la guerre vient de décider qu'il ne sera pas tenu compte de ces démarches, et que les jeunes gens appelés pour un an sous les drapeaux seront incorporés dans *les subdivisions de la région où ils auront tiré au sort.*

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs E. Hardy (chef de laboratoire de l'Académie de médecine de Paris), Lecadre (du Havre), Guillon (de Royan), Corne, médecin militaire en retraite ; Gaudron (du Blanc), A. Boggs (de Paris), doyen des médecins anglais exerçant dans cette ville, ancien chirurgien militaire de l'armée britannique et correspondant du journal *The Lancet*, auquel nous adressons l'expression de nos sentiments de condoléance pour la perte douloureuse qu'il éprouve dans sa rédaction, et Rouyer (d'Haroué).

En Angleterre : M. le Dr Handfield Jones, médecin consultant de Saint-Mary's Hospital (de Londres) et auteur de travaux cliniques estimés.

En Espagne : MM. les Drs Esteba Sanchez Ocano, professeur de clinique interne à la Faculté de Madrid, et Pulido Pagès, professeur de clinique externe à la Faculté de médecine de la Havane.

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE N° 42 15 OCTOBRE 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

COMITÉ DE RÉDACTION : MM. BAR, E. BARIÉ, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

CHIRURGIE

Maison municipale de santé. — M. le Dr SCHWARTZ.

De l'anus contre nature dans le traitement du cancer du rectum.

Nous avons eu l'occasion de pratiquer dans ces dernières années, un certain nombre de fois l'opération de l'anus artificiel dans des cas de cancer du rectum. Ce sont les réflexions que nous ont suggérées nos observations que nous demandons à vous soumettre. L'anus artificiel peut être appliqué au traitement du cancer rectal dans des conditions bien différentes :

1° Il est institué contre des accidents graves et mettant immédiatement la vie en danger (obstruction et septicémie intestinale) ; on n'a pas le loisir de discuter longuement, si le cancer est ou non opérable; il faut avant tout ouvrir une porte aux matières accumulées au-dessus de l'obstacle.

2° Après un examen approfondi du malade et des conditions anatomiques du mal, on se détermine à une intervention radicale et l'on établit un anus artificiel, d'après Schede, pour dériver le cours des matières et se mettre en garde, après l'extirpation, contre l'un des accidents les plus graves, la pelvicellulite par irruption de fèces dans le tissu cellulaire du petit bassin ou même dans le péritoine. Dans ce cas, si le malade guérit, on compte refermer l'anus artificiel qui n'est que temporaire.

3° Pour une raison ou pour une autre, le mal est jugé inopérable et l'anus artificiel doit empêcher la rétention stercorale, les hémorragies, les douleurs produites par le passage incessant des fèces. Il sera, en un mot, palliatif et devra persister en fonctionnant aussi bien que possible jusqu'à la mort du malade par la cachexie ou une complication. L'opération peut alors se présenter dans deux conditions bien différentes: ou bien le chirurgien est pressé par la rétention stercorale avec ou sans phénomènes d'obstruction proprement dite; ou bien les accidents ne sont pas pressants et il peut différer de quelques jours l'ouverture définitive de l'intestin.

Les circonstances cliniques que nous venons brièvement d'esquisser, doivent modifier la conduite de l'acte chirurgical et nous porter à employer tel ou tel procédé opératoire.

Nous n'aurons en vue ici que l'anus iliaque, qui, à notre avis comme à celui de beaucoup de chirurgiens actuels, l'emporte sur l'anus lombaire non seulement par la facilité et l'innocuité de l'intervention, mais encore par un fonctionnement plus parfait et un accès plus commode.

L'établissement d'un anus lombaire doit être une opération de nécessité, indiquée quand le mal remonte sur l'S iliaque ou le côlon. L'opération de choix, c'est celle de l'anus iliaque. C'est là une formule qui nous paraît indiscutable aujourd'hui.

Les procédés actuellement préconisés sont l'ancienne opération de Littre, celui du professeur Verneuil, celui de Maydl (de Vienne). Nous ne ferons que rappeler pour la repousser la manière de faire de Madelung qui resèque toute une anse intestinale, suture le bout inférieur, le réduit dans le ventre, et fixe le bout supérieur à l'incision abdominale.

Le procédé de Littre, le plus ancien en date, s'applique aux cas d'anus iliaque temporaire, sans éperon. C'est le procédé qu'il faut utiliser quand il s'agit d'établir un anus préliminaire à une intervention radicale sur le rectum. Il consiste, après avoir incisé la paroi abdominale, à suturer paroi intestinale contre paroi abdominale sans attirer l'intestin en dehors, de façon à obtenir un anus sans éperon facile à obturer et à guérir. Nous étions décidé à agir de la sorte chez une jeune femme de 30 ans atteinte de cancer rectal, sans lésions du bout inférieur, à laquelle nous devions ensuite réséquer l'intestin malade d'après le procédé de Kraske quand l'incision de l'abdomen nous permit de constater l'envahissement du rectum jusqu'au promontoire et son adhérence absolue au bassin. Notre ligne de conduite changea immédiatement et c'est au procédé de Verneuil que nous nous sommes adressé, l'anus artificiel devant être définitif.

Voici d'ailleurs l'observation telle qu'elle a été rédigée par notre élève, M. Lacour. Il s'agit d'une femme de 43 ans qui entre dans notre service à la Maison municipale de santé, pour des troubles graves du côté du rectum. Depuis quelques mois elle souffre beaucoup pour aller à la selle, et les matières sont moulées, dures, sous forme de petites crottes de mouton ou de rubans; elles provoquent par leur passage des épreintes excessivement douloureuses qui font que la malade retarde autant que possible l'instant de la défécation. Par l'anus, s'écoulent des mucosités glaireuses teintes de sang. Elle a beaucoup maigri dans les derniers temps, son appétit est perdu et ses forces ont diminué dans de grandes proportions L'examen du rectum nous montre une tumeur commençant à cinq centimètres environ au-dessus de l'anus; elle remplit tout le calibre de l'intestin qui est fermé comme un cul de sac; au milieu on trouve un orifice à bords indurés comme le reste de la tumeur, qui admet le bout du petit doigt mais qui n'y donne pas passage; on devine un canal reserré qui laisse passer une sonde en caoutchouc de calibre moyen; l'exploration est excessivement douloureuse. Toute la masse paraît mobile latéralement, mais ne se laisse pas attirer en bas.

L'examen par le vagin n'apprend rien de plus si ce n'est que la muqueuse vaginale est intacte et mobile sur la

Digitized by Google

tumeur qui remonte loin au-dessus du cul de sac postérieur. Par l'abdomen, on ne sent rien; pas de masses ganglionnaires appréciables. Pas de signe de généralisation; l'état général est encore assez satisfaisant. Notre impression fut que c'était là un cas favorable pour la méthode de Kraske avec quelques réserves cependant au point de vue de la mobilité que nous ne pourrions constater que sous le chloroforme. La patiente accepta avec empressement l'idée d'une opération.

Des essais d'évacuation par les purgatifs et de désinfection par le naphtol B restant sans grande efficacité, nous nous décidons à pratiquer dans un premier temps l'anus iliaque temporaire pour dériver le cours des matières, en nous réservant d'examiner par la même occasion, sous le chloroforme, la mobilité du néoplasme.

Nous avons communiqué à la Société de Chirurgie, lors de la discussion sur l'opération de Kraske, un cas où, cinq jours après l'intervention, le malade succombait à l'irruption de matières fécales dans le petit bassin; c'était pour éviter semblable accident que, de même que Schede, nous voulions faire un anus préventif.

Nous sommes convaincus, d'après ce qu'il nous a été donné de voir, qu'il est des cas comme celui auquel nous venons de faire allusion, où l'intestin parésié par une rétention stercorale chronique n'évacue que lentement et péniblement, malgré les purgatifs, les matières qui le remplissent, où la désinfection est illusoire. C'est alors qu'il ne faut pas hésiter à suivre l'exemple de Schede.

La malade étant endormie, je commençai par explorer le rectum et la mobilité de la tumeur. Celle-ci me parut suffisante pour permettre l'extirpation. Après une désinfection rigoureuse des mains, je fis l'incision abdominale classique de Littre, je tombai sur l'S iliaque, l'amenai légèrement au dehors et le fis fixer par un aide. Je voulus profiter de la brèche pour explorer les limites supérieures du cancer et ses adhérences vers le haut. Quel ne fut pas mon étonnement de sentir avec mon index plongé dans le petit bassin une tumeur énorme remontant au delà du promotoire et absolument immobilisée. Dès lors, je tirai une anse du gros intestin dans la plaie de façon à mettre de niveau le mésocôlon et le péritoine pariétal et je la suturai à toute l'épaisseur de la paroi par une série de quinze points au crin de Florence. J'attendis au lendemain pour ouvrir l'intestin au thermocautère.

La malade a été beaucoup soulagée dans les premiers temps; mais quelques semaines après il a fallu réinciser l'orifice anormal qui se rétrécissait et suturer la muqueuse de l'intestin à la peau. Depuis il existe un peu de prolapsus qui est facilement réduit et la malade porte un appareil destiné à recevoir les matières qui s'écoulent par la plaie iliaque. En somme, l'anus fonctionne bien et presque rien, si ce n'est quelques mucosités, ne sort par l'anus normal. Dans ce cas, nous avons opéré de la sorte, parce que nous pensions ne faire qu'un orifice temporaire et que rien n'était préparé pour le procédé de Maydl. Nous avons formé un éperon assurant le passage des matières par le bout supérieur, mais sans faire l'entérectomie, c'est-à-dire l'ablation au thermocautère d'une grande partie de l'anse herniée, comme le pratique le professeur Verneuil; nous ne voulions pas favoriser le prolapsus de la muqueuse. Voici, en quelques lignes, la manière de faire préconisée par le maître : 1° Incision de Littre (l'incision perpendiculaire à l'arcade de Fallope a été abandonnée); 2° On amène au dehors une anse de l'S iliaque jusqu'au mésocôlon; 3° On la suture par des points séparés, en nombre suffisant, à toute l'épaisseur de la plaie abdominale; 4° On resèque à quelque distance des sutures la paroi intestinale au thermocautère, on fait une enterectomie pour empêcher le rétrécissement rapide de l'ouverture comme cela arrive assez souvent quand on ne pratique que la simple incision de l'intestin. Malheureusement si de la sorte on obvie à cet accident ou plutôt à cet ennui, on favorise par cela même le prolapsus de la muqueuse qui n'est pas moins pénible.

L'opération terminée, si la débâcle ne se fait pas immédiatement, il faut attendre quelques heures, voire même jusqu'à deux ou trois jours et cela sans inconvénient, et ne pas recourir d'emblée aux lavages, avec une sonde, des bouts adossés de l'intestin. On ne le fera que si l'on y est forcé par des accidents graves d'obstruction ou des menaces de péritonite et cela très prudemment. Quand le temps ne presse pas, il est préférable de faire l'anus iliaque d'après le procédé de Maydl, modifié par Reclus. Ce procédé consiste encore à faire un anus avec éperon, mais à n'ouvrir que quelque temps après et non immédiatement. Voici comment est conduite l'opération de Maydl : l'ouverture de la cavité abdominale est faite suivant les règles de Littre, l'auteur insiste sur la nécessité de diviser les muscles de la paroi suivant la direction de leurs faisceaux afin d'obtenir comme un sphincter artificiel pouvant à la rigueur rendre les services du sphincter de l'anus. Une partie de l'S iliaque est attirée au dehors, assez loin pour que le mésocôlon iliaque apparaisse au ras de la peau de l'abdomen. On perfore alors le feuillet péritonéal mésocolique avec un instrument mousse, assez loin du bord de l'intestin pour ne pas risquer de le blesser et on passe dans le trou ainsi fait une sonde en gomme ou un drain enveloppé de gaze iodoformée. Dans ses premières opérations, Maydl s'était tout simplement servi d'une bande de gaze iodoformée qui, dans deux cas, fut attirée dans l'abdomen et qu'il dut aller rechercher. Les bouts de l'anse sont accolés l'un à l'autre et on les réunit l'un à l'autre au-dessous de la sonde de façon à les accoler; les points de suture doivent saisir musculeuse et séreuse, puis on fixe par quelques points de suture l'anse entière à toute l'épaisseur de la paroi abdominale comme dans le procédé ordinaire. Maydl fait remarquer que dans quelques cas on pourrait abandonner l'anse sans la fixer par aucun point de suture. L'intestin suturé, la plaie est saupoudrée d'iodoforme. Au bout de quelques jours seulement doit avoir lieu l'ouverture. Vers le quatrième ou sixième jour il perfore au thermocautère la partie saillante de façon à donner issue aux gaz et, avant de pratiquer l'ouverture définitive, Maydl conseille de laver les deux bouts de l'anse intestinale à l'aide de deux tubes introduits dans chacun d'eux. Vers le quatorzième jour en général, il passe à l'incision définitive.

Il rase au thermocautère tout ce qui est au-dessus de

Digitized by Google

la tige qui traverse le mésocôlon et il recommande alors d'unir, par surcroît de précaution, le bord de l'ouverture intestinale à la peau pour éviter une tendance à la rétraction. Il recommande encore de placer dans le bout supérieur un gros drain qu'on bouche avec un fausset, quand il ne doit pas fonctionner, et qui a pour but, tout en permettant la sortie des matières, de ne pas permettre le resserrement du sphincter artificiel de la paroi.

Telle est l'opération de Maydl, qui, comme on le voit, est assez compliquée; elle assure, par contre, un anus avec éperon ne présentant, par conséquent, que peu de tendance à se fermer; elle assure encore, par suite des deux temps essentiels dont elle se compose, la protection du péritoine et celle de la plaie dont les différents espaces sont fermés, quand les matières coulent librement par l'orifice.

Notre excellent collègue le docteur Reclus a apporté au procédé de Maydl quelques modifications qui la rendent plus facile et aussi efficace. Les voici telles qu'elles ont été décrites dans la thèse de son élève, le docteur Clarot (Contribution à l'étude de la colotomie iliaque. Paris, 1890, n° 193).

L'opération est conduite comme celle de Maydl jusqu'après la perforation du mésocôlon et le passage d'une grosse sonde rigide préalablement désinfectée par l'étuve ou dans une solution phéniquée forte. Cela fait, Reclus ne fait aucune suture, ni des deux bouts de l'anse entre eux, ni de l intestin à la paroi. Il fixe la sonde contre la paroi abdominale à l'aide de bandelettes de gaze iodoformée collodionnées, puis il applique un pansement antiseptique compressif, ayant soin de faire prendre à l'opéré 10 centigrammes d'extrait thébaique. Le premier temps de l'opération est terminé, et cela très rapidement, puisqu'on ne fait pas de sutures. Le sixième jour, en général, le pansement est enlevé et on passe au second temps, qui consiste à ouvrir largement au thermocautère l'anse herniée, mais sans aller jusqu'à la sonde. Celle-ci n'est enlevée que le huitième ou dixième jour. Pas de lavage des bouts; le doigt de l'opérateur est introduit dans l'orifice et reconnaît si l'on pénètre facilement dans les deux segments intestinaux.

Au bout de deux à trois semaines, l'anus a l'aspect d'une tache elliptique ovale de trois centimètres environ. On peut distinguer facilement dans son ouverture la présence de deux autres petits orifices conduisant dans les bouts supérieur et inférieur de l'intestin. D'après Clarot, le procédé modifié par Reclus offrirait les avantages principaux suivants : 1° suppression des points de suture; on évite de la sorte les abcès et les phlegmons, et on raccourcit considérablement la durée de l'opération; 2° ouverture tardive de l'intestin, alors que des adhérences solides sont formées, sans pour cela faire attendre l'opéré trop longtemps.

Dans les anus contre nature en deux temps que nous avons pratiqués, nous avons suivi une manière de faire tant soit peu différente et qui nous a donné d'excellents résultats. Il nous a semblé, en effet, et cela existe manifestement pour un anus fait d'après Reclus dans notre service, par un de nos collègues des hôpitaux, que l'orifice fait à l'anse intestinale avait une grande tendance à se rétrécir, quand on n'en incise pas une certaine portion, ce qui alors dispose au prolapsus de la muqueuse. Voilà déjà la troisième fois que nous sommes obligé d'intervenir dans le cas précité pour permettre l'écoulement facile des matières fécales. Dans deux cas que nous avons opéré précédemment, cet inconvénient ne s'est pas présenté, et voici la technique que nous avons suivie : 1° incision de Littre ; 2° attraction d'une anse de l'S iliaque: 3° passage d'une sonde stérilisée dans le mésocôlon et fixation de cette sonde à l'aide de bandelettes collodionnées; 4° voilà pour le premier temps: pansement avec de la poudre de salol et de la gaze salolée, ouate et bandage compressif, administration de 5 à 10 centigrammes d'extrait thébaïque les premiers jours. Le septième ou huitième jour, lorsque nous sommes sûrs des adhérences: incision au thermocautère de tout le calibre de l'anse intestinale, jusque sur la sonde uréthrale qui fait l'office d'une sonde cannelée et que l'on retire quand elle devient libre. Voilà pour le second temps, et tout est terminé. Peu à peu, les deux bouts de l'intestin, séparés par un petit intervalle et entre lesquels toute communication est interceptée, s'affaissent, et l'on voit alors deux orifices, l'un droit, l'autre gauche; l'un qui fournit les matières et conduit dans le bout supérieur; l'autre qui est celui du bout inférieur et par lequel on pratique de temps en temps des lavages. Nous n'avons pas vu se former de prolapsus dans aucun des cas opérés.

Telle est la conduite que nous conseillons toutes les fois que l'on voudra établir un orifice anormal *permanent* quand on ne sera pas pressé par des accidents immédiats.

Voici l'histoire de notre premier opéré. Il s'agit d'un homme de 57 ans, cultivateur, atteint d'un cancer végétant du rectum avec hémorragies profusées, écoulement ichoreux et douleurs vives. Il entre à la Maison municipale de santé pour s'y faire soigner. L'examen nous démontre qu'il s'agit d'un épithélioma occupant la totalité du rectum, dépassant de beaucoup en haut les limites accessibles, avec immobilisation complète de l'intestin; des troubles urinaires consistant dans une certaine difficulté pour émettre les urines et des envies fréquentes démontrent que l'urèthre ou du moins les tissus avoisinants sont atteints. La tumeur me paraissant inopérable, je propose l'anus contre nature iliaque qui est accepté. L'opération fut conduite ainsi que je l'ai indiquée plus haut, et trois semaines après l'opéré quittait le service dans un état relativement satisfaisant avec un anus fonctionnant très bien, sans aucune tendance au prolapsus. On voit très bien les orifices des deux bouts de l'intestin accolés comme deux canons de fusil avec une cloison de 1 centimètre environ entre les deux. Toutes les matières sortent au dehors, rien ne passe par le bout inférieur.

Nous avons noté chez notre malade de violentes coliques les premiers jours qui ont suivi le premier temps de l'opération et cela malgré de fortes doses d'extrait thébaïque, 10 centigrammes par jour. Elles ont cessé au bout de trois ou quatre jours. De plus le malade a été à la selle deux fois alors que l'intestin n'était pas en-

Digitized by Google

core incisé et en telle abondance que l'on peut se demanper si les matières, malgré l'éperon formé, ne provenaient pas de l'intestin au-dessus de la portion artificiellement herniée.

L'histoire du second malade peut se calquer sur celle du premier si ce n'est que, prévoyant des efforts de vomissements et de toux, nous avons pensé qu'il valait mieux appliquer un point de suture de maintien à chacune des extrémités de l'anse iliaque. Tout s'est aussi bien passé que pour le premier et l'anus fonctionne à merveille.

Disons en terminant qu'il est bien entendu que la section totale de tout le calibre de l'intestin ne devra pas être pratiquée, quand on pensera pouvoir, à un moment quelconque, chercher la cure de l'anus artificiel. Dans ces conditions nous nous rallions tout à fait au procédé de Maydl modifié par Reclus ou à celui du professeur Verneuil.

En résumé, trois procédés opératoires se prêtent à l'établissement d'un anus iliaque. Si d'emblée l'anus doit être temporaire, le procédé ordinaire de Littre sans éperon est celui qui doit avoir la préférence, à condition toutefois que l'anus artificiel ne doive fonctionner qu'un temps relativement court. Si l'anus doit être établi sans que l'on puisse prévoir s'il doit être définitif ou temporaire et à plus forte raison s'il doit être définitif, nous devons recourir aux procédés à éperon de Verneuil et de Maydl-Reclus.

Si les accidents sont pressants, si l'on ne peut différer l'ouverture de l'S iliaque, le procédé du professeur Verneuil sera préférable ; si l'ouverture peut être retardée de 8 à 10 jours, s'il n'y a pas rétention stercorale, nous conseillons l'opération en deux temps de Maydl-Reclus, en recommandant toutefois de sectionner dans le second temps comme nous l'avons fait dans tous les cas d'anus iliaque définitif pour cancers inopérables du rectum.

REVUE GÉNÉRALE

MÉDECINE

La congestion pulmonaire idiopathique

(*Diagnostic et traitement*)

On ne saurait trop le répéter, le complexus clinique, qui représente la marque distinctive de la congestion pulmonaire, ce qui lui donne son cachet propre et sa véritable originalité, c'est la *brièveté* de son évolution et la *mobilité* de ses signes physiques. C'est là surtout ce qui permet de la différencier des autres affections pulmonaires.

On s'étonnera peut-être de ne pas voir figurer parmi les modalités assignées à l'hyperhémie primitive du poumon, le syndrôme signalé par M. Grancher sous le nom de *spleno-pneumonie*. Dans une étude qui remonte déjà à quelques années, M. Queyrat en a résolument fait un type de fluxion idiopathique, qu'il oppose, sous le nom de congestion pulmonaire à forme de pleurésie, à la congestion pulmonaire à forme de pneumonie, c'est-à-dire à la maladie de Woillez. Si l'on considère la durée relativement longue de l'affection et la fixité des signes qui lui appartiennent, cette manière de voir ne saurait être partagée ; elle est du reste en contradiction avec la pensée de M. Grancher lui-même, qui regarde la spleno-pneumonie « comme un état morbide du poumon, sorte de pneumonie subaigüe qui simule une pleurésie avec épanchement moyen, et qui trouve sa place entre la congestion pulmonaire et la pneumonie franche, à côté de la bronchopneumonie. Quoi qu'il en soit, la spleno-pneumonie se sépare facilement de la congestion de Woillez, dont elle n'a ni l'allure rapide, ni la variabilité symptomatique ; mais il est souvent malaisé de ne pas la confondre avec la pleuro-congestion de Potain ; pourtant la matité absolue, l'abolition des vibrations vocales, le souffle expiratoire à tonalité aigüe, l'égophonie et la pectoriloquie, qui sont autant de signes communs à la spléno-pneumonie et à la pleurésie, représentent autant de caractères différentiels avec la fluxion pleuro-pulmonaire.

La distinction est surtout importante quand il s'agit de la pneumonie ou de la pleurésie. Le mode d'invasion peut de prime abord éveiller l'idée d'une *pneumonie*, et de fait, Woillez lui-même reconnaît que le premier stade de la pneumonie est représenté par des symptômes d'hyperhémie analogues à ceux de la congestion idiopathique ; mais par la suite les dissemblances s'accentuent ; d'un côté, crachats visqueux et rouillés, matité ordinairement complète, vibrations thoraciques exagérées, râles crépitants d'abord, puis souffle tubaire, enfin râles crépitants de retour, tout cet ensemble servant de substratum à une fièvre nettement cyclique, qui s'éteint du sixième au neuvième jour ; — de l'autre côté expectoration aérée, gommeuse, submatité à contours indécis, vibrations thoraciques normales ou diminuées, souffle d'emblée diffus et doux, sans râles crépitants ; quelquefois seulement crépitations pleurales très fines, très sèches, très superficielles, le tout précédé d'un mouvement fébrile irrégulier, éphémère : tels seront dans ce cas, les éléments de la diagnose. Du reste l'hyperhémie s'ajoute souvent à la pneumonie, à titre de lésion accessoire, et c'est même elle qui fait presque tous les frais de la forme décrite par M. Potain sous le nom de *pneumonie congestive*.

La submatité, la diminution des vibrations vocales, la présence du souffle en imposeront peut-être pour un épanchement pleural : Mais les signes classique de la *pleurésie*, râles, frottements initiaux, abolition des vibrations thoraciques, matité absolue à limites précises ; souffle expiratif aigü et voilé, égophonie franche, se distinguent assez nettement de ceux qui ont été assignés à la fluxion pulmonaire, pour permettre d'éviter l'erreur. On recourra encore à l'épreuve du cordeau ou signe de Pitres qui consiste à déterminer la ligne mé-

Digitized by Google

diane du tronc à l'aide d'un fil tendu de la fourchette sternale à la symphyse du pubis ; si la plèvre ne contient pas de liquide, ce fil partage le sternum en deux moitiés symétriques ; si au contraire l'un des côtés de la poitrine est occupé par un épanchement, le thorax se déforme, ainsi que l'ont démontré les recherches de Peyrot, et l'appendice xyphoïde se dévie du côté malade. La lésion siège-t-elle à gauche ? la persistance ou la disparition de la sonorité au niveau de *l'espace semi-lunaire* (Traube) serviront encore à élucider le problème. Enfin la *ponction exploratrice*, faite avec une seringue de Pravaz convenablement désinfectée, tranchera définitivement la question. — Le diagnostic deviendra plus délicat, s'il s'agit d'une pleuro-congestion accompagnée d'un léger épanchement en lame ; pourtant l'appréciation de ce double élément morbide est possible, grâce aux modifications apportées dans le domaine des signes physiques ; il existera une zône de submatité au-dessous de la ligne de matité vraie : les vibrations thoraciques, au lieu d'être supprimées, seront simplement diminuées ; le souffle bronchique, très exagéré, s'entendra bien au-dessous du niveau du liquide ; enfin la broncho-égophonie remplacera l'égophonie typique de la pleurésie vulgaire.

Ce n'est pas tout, le liquide et la fluxion qui lui a donné naissance siègent parfois en deux endroits différents : l'hyperhémie génératrice occupe alors le sommet, et l'épanchement, obéissant aux lois de la pesanteur, se collecte à la base. C'est affaire à la sagacité du clinicien de déterminer les rapports de subordination entre ces deux états coexistants. Au reste, la congestion du sommet se reconnaît facilement grâce à un moyen presque mécanique, que l'on doit à M. Grancher (1), elle se manifeste en effet par du tympanisme sous-claviculaire, par une exagération des vibrations vocales au même niveau, et par une diminution notable du murmure respiratoire, ce qui se traduit par la formule :

Son... +, Vibr... +, Resp... —

à laquelle M. Grancher a donné le nom de *schême de congestion*.

Parmi les autres affections pulmonaires qui pourraient être confondues avec la congestion idiopathique, il ne reste guère à citer que la bronchite et la bronchopneumonie. Or la *bronchite* n'a ni le début brusque, ni la température élevée et peu stable de l'hyperhémie ; le point de côté fait défaut, et la douleur, quand elle existe, se localise en arrière du sternum, ou au niveau des attaches diaphragmatiques ; de plus, les signes sthéthoscopiques sont différents, et ne se déplacent pas avec la même facilité. La fluxion pulmonaire, toutefois, peut s'adjoindre à la bronchite et donner lieu à une maladie mixte décrite par Woillez sous le nom d'*hémo-bronchite*.

(1) Grancher, (*Soc. médic des hôpit.*, 1881).

Quant à la *bronchopneumonie*, il y a peu de chances qu'elle prête à l'erreur, même chez l'enfant où elle est surtout fréquente. Bien que la congestion joue un grand rôle dans l'ensemble de ses manifestations, sa marche, sa durée, son aspect, tout concourt à la différencier sensiblement ; en outre, elle est presque toujours secondaire, et par cela même, sort complètement de notre sujet.

Pour terminer, mention doit être faite de la *pleurodynie*, en raison de ses analogies avec le point de côté de la congestion. Mais elle n'est constituée que par un symptôme, la douleur ; avec elle pas de fièvre, pas d'expectoration, et surtout pas de signes physiques.

Il est donc possible de différencier l'hyperhémie idiopathique des autres maladies primitives du poumon ; elle a, comme ces dernières, sa manière d'être et son individualité. Elle mérite une place à part dans le cadre des affections des organes respiratoires. Cette opinion, pourtant, n'est pas admise sans contestation : frappés des analogies que la congestion simple présente avec la pneumonie, certains auteurs ont voulu l'assimiler à la *pneumonie abortive*, c'est-à-dire à une pneumonie arrêtée dans sa marche avant la période d'hépatisation. Il faut l'avouer, la distinction est parfois subtile entre ces deux états, et l'embarras est grand quand il s'agit d'en tracer les caractères différentiels (Letulle) (1). Mais ce n'est pas une raison suffisante pour les identifier. Qu'est ce, en effet, qu'une pneumonie abortive ? C'est, d'après M. Huchard (2), une pneumonie avec tous ses symptômes : crachats rouillés, râles crépitants, bronchophonie, etc., et l'idée d'une pareille lésion se concilie difficilement avec l'allure changeante de l'hyperémie simple.

« Si telle est la pneumonie abortive. dit M. Cadet de Gassicourt, elle est digne, à coup sûr, d'une description spéciale, et ce n'est pas trop de lui consacrer un chapitre qu'on pourrait intituler : une inflammation dans un perpétuel devenir ». Les recherches microbiologiques parviendront sans doute quelque jour à résoudre ce problème ; mais, jusqu'à nouvel ordre, il faut, avec la plupart des cliniciens, regarder la congestion idiopathique comme une entité distincte de la pneumonie. — Elle paraît se rattacher à une *perturbation* fonctionnelle d'origine *réflexe*, dans le domaine des nerfs vaso-moteurs du poumon ; peut-être l'élément nerveux n'est-il pas seul en cause ; peut-être faut-il y adjoindre l'intervention d'un élément extérieur, tellurique ou parasitaire. On ne peut encore rien affirmer de précis à ce sujet. M. Duflocq a bien entrepris quelques investigations sur ce point, mais jusqu'à présent, elles n'ont pas donné de résultats.

Sous quelle influence survient cette capricieuse affection ? Souvent on ne trouve aucune raison plausible pour expliquer sa genèse. D'autres fois au contraire il

(1) Letulle. Des pyrexies abortives. (*Th. agrég.* 1886).

(2) H. Huchard. Leçon inédite sur la congestion pulmonaire.

Digitized by Google

est assez facile de remonter à la cause. Parmi les facteurs les plus habituellement incriminés, il faut en première ligne citer *le froid*, que ce froid se manifeste sur le tégument externe, surtout lorsque le corps est en sueur, ou qu'il agisse à l'intérieur, comme il arrive après l'ingestion de boissons glacées. L'insolation est capable de produire les mêmes effets que le refroidissement (Lacassagne) (1). A côté de ces agents cosmiques, prennent place des causes plus rares : c'est ainsi que les *émotions violentes*, comme les accès de colère, les *traumatismes*, principalement lorsqu'ils portent sur la paroi thoracique, les *efforts musculaires*, ont été, dans certains cas, la raison efficace d'une fluxion idiopathique. On peut rapprocher de cette catégorie de faits, les hyperhémies pulmonaires, parfois mortelles, survenus au cours de l'*accouchement* (Devilliers) (2). Enfin chez la femme, l'époque de la *menstruation* mérite une mention toute spéciale: M. Potain (3) a du reste signalé les relations qui unissent la pleuro-congestion aux troubles utéro ovariens.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans cette étiologie, c'est la rapidité avec laquelle l'effet suit la cause; l'invasion des premiers symptemes survient tantôt immédiatement, tantôt peu d'heures après l'action des circonstances efficientes.

Au point de vue de la fréquence, les hommes sont plus souvent atteints que les femmes, et la constitution médicale du printemps paraît surtout prédisposer à l'affection. Elle frappe, on l'a déjà vu, les enfants comme les adultes ; l'âge avancé n'a pas non plus le privilège de l'immunité, et bon nombre de faits décrits sous le nom de pneumonies abortives chez les vieillards (Charcot), (G. Bergeron) (4), rentreraient aisément dans le domaine de la congestion.

La maladie est susceptible de guérir spontanément ; mais un traitement bien dirigé soulage ceux qu'elle frappe avec rapidité et abrège notablement sa durée.

Les indications à remplir sont simples, comme l'affection elle-même : combattre l'hyperhémie du poumon, tel est le but capital que l'on doit viser. Chez les enfants, un vomitif fera souvent tous les frais. La thérapeutique de l'adulte sera plus ou moins énergique suivant l'intensité du processus morbide. Dans les formes légères, quelques préparations opiacées (sirop de morphine, extrait thébaïque) aidées de légers révulsifs, (sinapismes, teinture d'iode), appliquée sur la poitrine, suffiront ordinairement. Dans les formes plus graves, on aura encore recours à la médication vomitive, et parmi les agents de son ressort, on donnera la préférence à l'ipéca, qui, suivant Pécholier, détermine une véritable anémie de poumon. M. H. Huchard administre aussi ce médicament à doses faibles et réfractées, et le prescrit alors sous forme de poudre de Dower, souvent associé à la poudre de scille. Il y a lieu en outre d'agir localement, et les ventouses scarifiées, qui réalisent la double indication d'un effet révulsif et d'une petite saignée sont particulièrement recommandées. Si même le sujet est fort et vigoureux, si la fièvre est vive et l'anxiété respiratoire très marquée, on ne repoussera pas une saignée générale. Quand les signes sthéthoscopiques tardent à disparaître, un vésicatoire appliqué loco-dolenti, hâtera leur résolution. Enfin on n'oubliera pas que la maladie se prolonge encore plus ou moins longtemps après la chute de la fièvre, et qu'il est nécessaire d'entourer le patient de précautions hygiéniques minutieuses jusqu'au retour *ad integrum* des organes respiratoires.

Em. Tournier.
Interne en médecine des hôpitaux de Paris.

(1) Lacassagne *Soc. méd. des hôp.* 1877.
(2) Devilliers. *Revue méd. franç. et étrang.* 1853.
(3) Potain. *Association franç. pour l'avancement des sciences.* Congrès de Rouen 1883.
(4) Charcot. *Soc. méd. des hôp.* 1864. G. Bergeron. Recherches sur la pneumonie des vieillards. *Th. Paris* 1886.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

De la désinfection des mains, par M. Ball. — Les recherches de l'auteur avaient pour objet de vérifier l'efficacité de la méthode de désinfection de Mikulicz. Elles lui ont été favorables et conséquemment il préconise la combinaison de l'acide phénique et du sublimé comme agent désinfectant (*Central f. Bakteriol*, 28 juillet 1890).

On doit donc, écrit-il, procéder ainsi :

1° Les ongles sont débarrassés au scalpel ou aux ciseaux des impuretés visibles ;

2° Les mains sont lavées pendant trois minutes et brossées au savon de potasse, à l'eau chaude ;

3° Les mains sont plongées pendant une demi-minute dans l'eau phéniquée à 3 °/₀, puis dans le sublimé à 1/2000 ;

4° Les espaces sous-unguéaux, les rainures unguéales sont nettoyés avec de la gaze iodoformée, mouillée d'acide phénique à 5 °/₀. S. R.

De la ponction vésicale hypogastrique, par M. Lalesque, — Dans deux cas d'urgence, notre distingué confrère s'est bien trouvé et ses malades aussi, de la ponction vésicale hypogastrique avec sonde suspubienne à demeure et lavages antiseptiques de la vessie. (*Journal de méd. de Bordeaux*, juillet 1890).

Il s'agissait de deux vieillards, atteints d'hypertrophie prostatique, opposant un obstacle infranchissable.

Des tentatives infructueuses de cathétérisme n'avaient abouti qu'à constituer des fausses routes. L'auteur ponctionne la vessie avec un trocart de trousse, engagea une sonde molle dans la gaine avant de la retirer et laissa cette sonde à demeure pour pratiquer des lavages, jusqu'au jour où l'urèthre redevint perméable et lui permit de retirer la sonde et de boucher l'orifice suspubien avec du collodion. Grâce à une antisepsie rigoureuse cette méthode un peu primitive, mais d'urgence, a donné deux succès sur deux tentatives. H. G.

Digitized by Google

De l'emploi comme hémostatique de l'ouate de pengkwarr, par M. Noltenius. — Ce produit végétal est constitué par les poils soyeux de fougères de Sumatra et de Borneo. Employée d'abord par les physiologistes, elle sert à M. Mikulicz pour arrêter les hémorragies abondantes consécutives à l'ablation des tumeurs vasculaires (*Deut. Med. Woch*, helft 60, 1890).

Cette ouate serait aseptique et non antiseptique et agit probablement par son élasticité, car elle ne se laisserait point imbiber par les liquides des plaies. Elle peut, mélangée ou non avec l'ouate ordinaire, être préparée à l'iodoforme, et suivant la pratique adoptée à la clinique de Kœnigsberg être enfermée dans un sachet de gaze. S. R.

MÉDECINE

Abcès retro-laryngé à pneumocoques et pneumonie, par M. Josserand. — Cette affection est heureusement rare. En voici cependant deux observations. (*Province. méd.*, août 1890).

Le malade en pleine santé est brusquement pris de fièvre, de douleur laryngée et de raucité de la voix. Pendant un jour ou deux les symptômes se bornent là. Puis la voix devient plus couverte, souvent jusqu'à l'aphonie et la déglutition impossible. La dyspnée, notée dès le début, augmente rapidement et prend par moment le caractère asphyxique. Dès le second jour, le malade peut être emporté par un accès de suffocation. A ce moment on a devant soi le tableau du croup, et on se prépare à faire la trachéotomie. Le cornage, le tirage se répètent par accès, et en même temps l'état général atteint une haute gravité : la fièvre augmente, le délire apparaît. Le pus se forme rapidement ; dans un cas on a pu constater sa présence deux jours après le début des accidents. Il fait irruption dans le larynx et le malade rejette brusquement des crachats purulents ; cette expectoration peut être un phénomène critique et libérateur.

Mais souvent les accès de dyspnée se succèdent et l'état général continue à s'aggraver.

L'examen laryngoscopique fait constater une rougeur diffuse du pharynx. Les cartilages aryténoïdes et les replis aryteno-épiglottiques sont tuméfiés au point que l'orifice supérieur du larynx est réduit à un aspect linéaire. L'épiglotte est aplatie et déformée. Le plus souvent l'affection se termine en quelques jours par la mort. A l'autopsie, on trouve du pus dans les gouttières juxta-laryngées et parfois un ou plusieurs foyers d'hépatisation grise dans les poumons.

Des deux cas rapportés par M. Josserand, l'un s'est terminé par la mort avec pneumonie, l'autre a guéri grâce à une vomique du pus retro-laryngien, mais il y eut un foyer très étendu de pneumonie lobaire. Dans le pus, on trouva le pneumocoque encapsulé de Frankel. L'ensemencement simultané de ce microbe dans l'espace retro-laryngien et dans le poumon a déterminé les manifestations purulentes. H. M.

De l'albuminurie chez les jeunes enfants par M. Séjournet. — L'auteur s'occupe des nephrites des jeunes sujets de 11 à 16 mois nourris au biberon, déjà sevrés ou soumis en général à une alimentation défectueuse. L'albuminurie succède chez eux à des désordres digestifs (vomissements et diarrhée) soit que l'affection prenne la marche de l'athrepsie, soit qu'elle garde les allures d'une entérite plus ou moins aiguë. (*Union méd. du nord-est*, sept. 1890).

Dans l'estomac dilaté, et les intestins encombrés de matériaux mal digérés s'opèrent des fermentations et la production de matières toxiques. Ces toxinoses après leur résorption, agissent sur l'organisme entier et filtrant par les reins, produisent des désordres commençant à la conjection simple et finissant à la néphrite. Une anurie presque complète, l'enflure des pieds, des mains, des paupières mettent sur la voie du diagnostic. La quantité d'albumine varie de 0 gr. 25 à 2 gr. 56, et la durée de la maladie de 2 à 4 semaines. Le traitement le plus simple consiste dans l'usage du lait pur ou coupé d'eau de chaux s'il existe des vomissements, de petits purgatifs à l'huile de ricin et au sirop de gomme mélangés, calomel, salicylate de bismuth pour la désinfection intestinale. Frictions sèches sur la région lombaire pour opérer une dérivation vers la peau et décongestionner les reins. H. M.

TOXICOLOGIE

Un cas d'empoisonnement par la nitroglycérine par M. Kolipinski.—Notre confrère américain prescrivit à une jeune femme dyspnéique et cardiaque des gouttes d'une solution de nitroglycérine au centième. (*Philad. méd. News*, 1890, t. 1, p. 540).

Par erreur, la malade en ingéra huit grammes. Quand M. Kolipinski arriva auprès d'elle ; il constata le refroidissement des extrémités, l'élévation du pouls, son irrégularité et la pâleur de la face. La malade à demi assoupie, accusait des douleurs gastriques. Comme traitement : bain sinapisé, vomissements par l'administration de l'émétique et finalement ingestion du café. La malade guérit rapidement. S. R.

Un cas d'empoisonnement par le chlorodyne par MM. Dickinson et Mothersote. — Le malade avait été apporté à l'hôpital du Nord de Liverpool deux heures après l'ingestion d'un flacon de chlorodyne, contenant environ soixante centigrammes de morphine. Il était dans le coma absolu. On essaya l'apomorphine et le sulfate de zinc qui furent sans effet. On introduisit dans l'estomac, avec le syphon, une forte infusion de café et comme revulsif, on administra une douche froide locale sur la face et les extrémités et des injections d'atropine, d'éther et de strychnine. Le malade guérit. (*The Lancet*, 27 sept. 1890, p. 670).

M. Mothersole recommande l'emploi d'une douche froide abondante comme un puissant moyen de stimulation. On la pratique avec une seringue puissante dont on dirige le jet sur le visage, la plante des pieds et les mains. On obtient ainsi une mise en jeu énergique de la réflectivité.

S. R.

FAITS CLINIQUES

Périty phlite et phlegmon de la fosse iliaque droite

par M. le Dr Paul Escande (de Layrac).

Le 30 janvier dernier, je suis appelé dans une commune voisine, auprès d'un homme de 32 ans. Il n'a pas un aspect robuste, mais certaines cicatrices que l'on voit sur sa figure et sur son cou, témoignent de son tempérament lymphatique. Il y a quelques jours, il a été atteint de l'influenza. Il s'est soigné lui-même, et reconnait seulement être sorti trop tôt, pour s'occuper d'une affaire pressante. Ce jour-là, il s'est mouillé, et, depuis lors, il n'a jamais été complètement remis.

Depuis 5 à 6 jours son état a empiré, il croit à une rechute de sa maladie, et se décide à me faire appeler. Hier, il a eu un saignement de nez peu abondant ; la tête est lourde, douloureuse même. La température, aujourd'hui 30 janvier, est de 39° et, de plus, le malade se plaint d'une douleur assez vive dans la fosse iliaque droite. A ce moment-là, je pense à une fièvre typhoïde au début, et je prescris un purgatif salin pour le lendemain. Ce purgatif n'améliore guère la situation, et pendant les 2 ou 3 jours qui suivent l'état reste à peu près le même, la température se maintenant toujours entre 38° et 39°. Avec cela, la langue est rouge à la pointe; dégoût insurmontable pour toute espèce d'aliments, bref, je crois toujours avoir affaire à une fièvre continue.

Cependant, dès le 3 février, la douleur de la fosse iliaque augmente sensiblement ; le malade ne peut plus allonger sa cuisse droite qu'il tient également en adduction complète. De

Digitized by Google

plus, il éprouve, une douleur très vive au niveau du genou droit. L'articulation coxo-fémorale droite ne présente rien de particulier. Dès ce moment la moindre pression, le moindre frôlement même, déterminent une douleur très vive au niveau de l'arcade de Fallope. Le 4 février, cette douleur est plus vive encore, le malade n'a pas reposé une minute, on sent également un empâtement très marqué sur le trajet du gros intestin; je prescris des onctions avec l'onguent mercuriel belladoné et des cataplasmes émollients. Pas de trace de fluctuation superficielle ou profonde. Mon excellent confrère et ami le Dr Labat, ancien interne des hôpitaux de Paris, est mandé en consultation. Nous portons le diagnostic de périty phlite. En égard au tempérament du sujet et à la gravité des symptômes, nous prévenons la famille de la sévérité du pronostic. Nous ajoutons au traitement une pilule d'extrait thébaïque qui procure un peu de soulagement au malade. Le lendemain 5 février, la situation est la même, le malade a eu une nuit un peu meilleure, pas de trace de fluctuation. Le 6 février, frisson très violent qui dure deux heures et qui nous avertit de la formation du pus.

Je revois le malade avec mon confrère le 7 février. Ce jour-là il a eu un nouveau frisson, moins intense et moins prolongé cependant. Il souffre toujours horriblement, son estomac ne peut plus rien supporter. On commence à sentir de la fluctuation profonde et nous nous décidons à intervenir. Nous prévenons le malade et son entourage, que nous allons être obligés de pratiquer une opération assez sérieuse. Nous renvoyons cependant notre intervention au surlendemain 9 février. Ce jour-là, la fluctuation est encore profonde, mais évidente.

Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques, bien lavé le champ opératoire avec le sublimé, nous faisons une incision de 8 centimètres, perpendiculaire à l'arcade de Fallope, à égale distance de l'épine iliaque antéro-supérieure et de la gaine des vaisseaux fémoraux. Le milieu de cette incision correspond à l'arcade de Fallope. Nous incisons couche par couche avec beaucoup de précautions. Nous n'avons qu'une petite hémorragie insignifiante. A ce moment, une odeur fécaloïde nous avertit que des gaz sont sortis par la plaie. Nous redoublons de précautions et, pour nous donner plus de jour, nous prolongeons notre incision à sa partie inférieure vers le triangle de Scarpa. Quittant alors le bistouri et nous servant seulement du doigt, nous l'introduisons par la plaie au-dessous de l'arcade de Fallope. Presque immédiatement nous voyons arriver un flot de pus jaunâtre à odeur excessivement forte. Il en sort environ 2 litres à 2 litres et demi. Séance tenante, nous pratiquons un lavage antiseptique de la fosse iliaque au moyen d'eau bouillie phéniquée à 1 0/0. Nous ne cessons que lorsque le liquide sort propre. Nous faisons passer ainsi 3 litres d'eau phéniquée dans la fosse iliaque. Nous introduisons un drain double qui pénètre à une profondeur d'au moins 35 centimètres et nous faisons un pansement avec de la gaze iodoformée, du coton phéniqué, le tout recouvert d'une toile imperméable et d'une forte couche de coton ordinaire. Le malade ressent immédiatement un bien-être extraordinaire. La température est de 37° 8'. Nous prescrivons le repos le plus complet, un peu de lait et de la tisane vineuse.

Le lendemain, 10 février, je reviens voir mon malade. La nuit a été très bonne, la température est de 37° 2. Je défais le pansement qui est maculé de pus. Je pratique un nouveau lavage de la fosse iliaque pour lequel j'emploie environ 2 litres d'eau phéniquée (à 1 °/°) et je fais un pansement absolument semblable à celui de la veille. A dater de ce moment, les suites ont été aussi simples que possible. Pas la moindre complication. Le 11 février je prescris un léger laxatif qui amène une garde-robe très facile. La première semaine je fais un pansement quotidien, puis tous les 2 jours, et enfin tous les 3 jours. Chaque fois les lavages demandent moins de liquide, et chaque fois je raccourcis le drain.

Le 27 février, je supprime drain et lavage, et il ne reste plus qu'une petite plaie simple qui se cicatrise très rapidement. Depuis l'opération, l'appétit est revenu, les fonctions digestives ont toujours été normales, et notre malade a repris ses forces. Je l'ai vu le 31 mai dernier, et il se porte aussi bien que possible.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

Une question d'honoraires

La question suivante nous est posée par un de nos lecteurs :

« Une femme séparée de biens d'avec son mari, mais vivant de la vie commune avec lui, est-elle tenue aux honoraires du médecin qui a soigné le mari avec le consentement de la femme, si ce mari est insolvable ? »

Je n'ai point trouvé trace de cette question dans les recueils d'arrêts et de jugements que j'ai parcourus, et cela sans doute parce que sa solution, selon moi, ne présentait pas de sérieuses difficultés.

En effet, la loi semble avoir résolu toutes contestations à ce sujet dans deux articles du Code civil que je me permets de rappeler :

1° Dans l'article 212, que M. le maire a le soin de citer textuellement à chaque célébration de mariage, et qui est ainsi conçu :

« Art. 212. — Les époux se doivent mutuellement fidélité, *secours* et assistance. »

Ces deux derniers mots ne s'appliquent-ils pas avant tout aux soins nécessaires à la conservation de la santé et de l'existence ? Le premier devoir de chacun des époux, quel que soit le régime matrimonial adopté, n'est-il pas, en cas de maladie, d'appeler le médecin et de faire tous les sacrifices indispensables à la guérison de son conjoint ? Personne ne contestera la vérité de cette proposition.

2° Dans l'article 1448, relatif aux effets de la séparation de biens, prononcée en justice au profit de la femme. En voici le texte :

« Art. 1448. — La femme qui a obtenu la séparation de biens doit contribuer, proportionnellement à ses facultés et à celles du mari, tant aux frais du ménage qu'à ceux d'éducation des enfants communs. — Elle doit supporter entièrement ces frais, s'il ne reste rien au *mari*. »

Le législateur a bien prévu là le cas d'insolvabilité du mari, et il a décidé que la femme, en présence de cette détresse, supporterait toutes les charges, et les premières parmi celles-ci, celles de secours et d'assistance !

En matière de séparation de biens contractuelle, c'est-à-dire de celle qui existe en vertu du contrat de mariage même, la loi a dit, il est vrai, que s'il n'existait pas de disposition spéciale au contrat, la femme ne contribuerait aux charges que jusqu'à concurrence du tiers des revenus. (Art. 1537.)

Mais tous les auteurs sont d'accord pour décider que cette disposition ne fait aucun échec, à la règle d'assistance et de mutualité posée dans l'article 212 précité. (Voir notamment Marcadé et Pont : *Commentaires du Code civil sur l'article 1537*, « Contrat de mariage ».)

Cette opinion n'est-elle pas d'ailleurs conforme aux sentiments d'équité qui président aux décisions de la justice et qui n'ont pas besoin d'être formellement inscrites dans la loi !

Le mariage est, avant tout, une société de secours mutuels, et de quelque côté que viennent les ressources

Digitized by Google

du ménage, cette association ne peut faire banqueroute au détriment du médecin.

PAUL MOYSEN,
Avocat à la Cour d'appel de Paris.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MALADIES DES ENFANTS

De l'administration du mercure aux enfants syphilitiques.

La syphilis acquise de l'enfant, différente de la syphilis héréditaire, résulte de l'infection au moment de l'accouchement, la mère ayant contracté la syphilis à la fin de la grossess, ou bien de l'infection de l'enfant par la nourrice ou une autre personne.

1° *L'enfant est il âgé de cinq à six semaines?* La liqueur de Van Swieten est préférable aux autres préparations, à la dose de quinze à vingt gouttes par jour. M. J. Simon l'a prescrite ainsi :

Liqueur de Van Swieten .. XX gouttes
A prendre, en trois ou quatre fois, dans du lait.

On peut y joindre l'usage des *frictions mercurielles* sous les aisselles. On les formulera ainsi :

Onguent napolitain..... 2 grammes
Lanoline..... 6 —
Mélez pour six doses. Chaque dose, à l'exemple de Widerhofer (de Vienne), doit être isolée et enveloppée dans un papier paraffiné.
Une dose chaque jour en frictions sous les aisselles.

Après deux à quatre jours, on administrera un bain tiède.

Widerhofer (de Vienne) emploie aussi les frictions sur les narines avec la pommade suivante :

Précipité rouge..... 0 10 centigr.
Lanoline ..... 10 grammes
On applique sur la narine la grosseur d'un pois de cette pommade par des frictions douces.

Ce mode d'application du mercure aurait, d'après le médecin viennois, l'avantage de diminuer le gonflement de la muqueuse nasale, quand il existe, et de permettre ainsi à l'enfant de prendre plus facilement le sein.

Les *bains de sublimé* : sont utiles surtout dans les cas rebelles à ces moyens. Il faut les répéter tous les trois jours, et, pendant la durée de l'immersion dans l'eau, éviter la déglutition par l'enfant de quelques gouttes du liquide tonique.

Voici la formule de la solution mercurielle dont on additionnera chaque bain :

Sublimé corrosif..... 0 20 centigr.
Hydrochlorate d'ammoniaque .. 1 gramme
Eau distillée ..... 210 grammes

2° *L'enfant est-il âgé de plus de six mois?* S'il est élevé au biberon, on peut, avec M. J. Simon, additionner le lait de sirop de Gibert et formuler ainsi :

Un tiers de cuillerée à café de sirop de Gibert, à prendre dans les vingt-quatre heures par doses fractionnées, et véhiculé dans l'eau.

M. J. Simon administre une potion dont chaque cuillerée à bouche contient 0,01 centigramme de sel mercuriel et un demi-gramme d'iodure de potassium ou de sodium ; celui-ci est souvent mieux toléré que celui-là.

Voici une formule que j'ai, plusieurs fois, utilement employée :

Biiodure de mercure ..... 0 10 centigr.
Iodure de sodium ..... } àà 5 grammes
Eau distillée..... }
Sirop de fleurs de pensée sauvage .... 210 —

Pour la posologie de cette préparation, on peut, prescrire, suivant l'âge de l'enfant, une dose :

d'une 1/2 cuillerée à café pour un enfant d'un an
de 1 cuillerée à café pour un enfant de 2 à 3 ans
» 2 — — — 3 à 5 —
» 3 — — — 5 à 8 —

Ou bien encore : prescrire le calomel par prises, à raison de un centigramme :

Calomel..... 0 01 centig.
Sucre blanc..... 1 gramme
F. s. a. pour un paquet.

L'association du fer aux préparations mercurielles est utile chez les enfants après le sevrage Dans ce but, on peut adopter la poudre composée suivante :

Calomel ou protoiodure d'hydrargyre. 0 01 centigr.
Saccharure de carbonate de fer..... 0 02 —
Sucre blanc..... 0 20 —
F. s. a. pour un paquet.

En faisant varier les doses, on les proportionnera aisément à l'âge de l'enfant.

CH. ELOY.

REVUE DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Ecoles préparatoires, Facultés de médecine et Universités régionales (1)

Ce qu'il faut dire.— Les écoles d'hier et les écoles d'aujourd'hui. — A un siècle de distance.— Les écoles préparatoires et l'intérêt des communes, des familles et de l'enseignement — Faut-il les supprimer? Non. — Faut-il qu'elles se transforment? Oui. — Comment?

On le sait, je le répète, la *suppression des Ecoles préparatoires* n'est point un fait nouveau. Grosse et grave, en revenant à l'ordre du jour, cette question prend, comme cela, des airs de nouveauté.

Il ne faut donc pas demander aux avocats qui plaident pour ces institutions, de mettre sous leur plume ou dans leur bouche des arguments inédits.

Ecoutez-les :

« Quoi? disent-ils et écrivent-ils ; ils l'écrivaient et » le disaient déjà en 1851, en 1873 et en 1875, — vous » allez léser des intérêts respectables : intérêts des étu- » diants, des professeurs, des familles, des communes ! » Dans votre ardeur réformatrice, vous allez éteindre » des foyers scientifiques ; tarir des sources d'émula- » tion ; enlever aux hôpitaux des chefs de service » habiles, aux institutions d'hygiène, leurs meilleurs

(1) Voir n° 41.

Digitized by Google

» conseillers et aux populations rurales des praticiens
» de mérite ?

» Vous allez perdre des éléments multiples d'instruc-
» tions et priver l'Université d'un corps enseignant dont
» la compétence et l'impartialité offrent des garanties
» suffisantes pour professer et faire passer des examens.

» Vous allez supprimer des Ecoles, où en raison de
» leur nombre restreint, les élèves ont tout sous la
» main et sont constamment sous l'œil des maîtres.

» Et les étudiants peu fortunés, qui seuls iront plus
» tard s'établir dans les campagnes ? Vous leur fermerez
» l'accès de la profession médicale et la possibilité de
» s'instruire dans des villes où ils n'ont pas à supporter
» de trop fortes dépenses matérielles. »

A la forme oratoire près, et à quinze années de distance, on pose la question dans les mêmes termes. Toutefois et je prends à témoignage les déclarations de nos distingués confrères de Rouen : dans ces dernières années la situation officielle des écoles préparatoires a été amoindrie ; des Facultés concurrentes ont été créées, et les Ecoles préparatoires dont on a fait, de plus en plus, le vestibule des Facultés, perdent de jour en jour leur autonomie malgré l'énergie et le dévouement de ceux qui sont placés à leur tête.

Voilà les dangers que l'on signale et que l'on redoute. Est-ce à tort ? Est-ce à raison ?

Dans l'affirmative, je l'avoue, il y aurait à hésiter avant de les braver et il faudrait réfléchir avant de porter une atteinte aussi fâcheuse qu'on le dit, à la science française, à l'enseignement et, j'ajoute, à l'humanité, puisqu'elle aurait pour double conséquence, dit-on, d'éteindre « des foyers scientifiques » et de priver nos concitoyens des campagnes de secours médicaux.

Ces dangers sont-ils réels, dans les conditions économiques et sociales actuelle ?

Faisons retour en arrière.

Quelle est l'origine des Ecoles secondaires ? Les Ecoles « informes », l'expression appartient, je crois, à Dechambre (1), d'Instruction médicale, annexées autrefois aux hôpitaux des grandes villes, reconnues par l'arrêté de Prairial an XI, rattachées à l'Université par l'ordonnance du 18 mai 1820, réorganisées en 1840 avec le titre d'Ecoles préparatoires, réorganisées à nouveau en 1878, en 1883 et en 1885.

Voilà une législation fort compliquée, et cette complication est bien, je pense, la preuve et le reflet de changements successifs en rapport avec les circonstances et des variations dans la situation économique et sociale du pays.

Au commencement du siècle, le législateur se proposait de satisfaire rapidement aux besoins du service militaire. A cette époque, et plus tard encore, les voyages étaient difficiles, les déplacements onéreux, les communications lentes et rares. Un enseignement local, intime, familier et surtout à peu de frais, avait sa raison d'être. Les Ecoles secondaires de médecine prospéraient, c'était justice; elles répondaient a des besoins sociaux et leur existence avait — « l'à-propos » — qui résulte du — « temps et des circonstances plus encore que des lois. » —

Aujourd'hui, leur enseignement s'est modifié. On ne pourrait plus, comme on l'a fait naguère, le comparer à celui des « Arts et Métiers sous les anciens maîtres jurés des corporations » et « à une simple initiation aux pra-
» tiques usuelles de l'art », sorte d'apprentissage « dont la boutique du barbier » offrait le modèle accompli.

Préparatoires elles sont ? Oui, sans doute, mais par le nom seulement. A preuve, le nombre des chaires théoriques qu'elles possèdent ; à preuve, au témoignage si autorisé de l'honorable directeur de l'une d'elles, M. Ledru, ces amphithéâtres d'anatomie « pourvus de cadavres en abondance », ces laboratoires « bien installés et bien outillés », ces chefs de laboratoire, ces cliniques ; bref, un matériel abondant, nous dit-on, des ressources cliniques suffisantes, un personnel de professeurs généralement très instruits ; puis, avec tout cela, un programme ouvrant la carrière à un enseignement médical à peu près complet.

Au vrai, pourrait-on répéter avec à propos, ces Ecoles sont donc de petites Facultés !

On le disait déjà en 1871. Depuis, sont venus l'arrêté ministériel du 28 juillet 1878; le décret du 1er août 1883, la promotion de quatre d'entre elles au rang d'écoles de plein exercice. Aussi, à l'heure actuelle, plus encore qu'en 1871, n'est-on pas fondé à dire que passer d'une Ecole préparatoire à une Faculté de médecine n'est plus « s'élever d'un enseignement médical primaire » à un enseignement médical supérieur », ni même « d'une partie de la science à une autre partie de la « science ? » Non, c'est seulement continuer la même étude en deux endroits différents. Dès lors, pourquoi ne pas la poursuivre dans un seul ?

Nos honorables confrères des Ecoles préparatoires le comprennent bien, et sans le déclarer ouvertement, le font entendre en sollicitant pour ces mêmes Ecoles la collation du grade professionnel unique et nouveau qu'ils réclament à la place de l'officiat de santé dont la disparition fatale n'est plus qu'une œuvre de temps !

Autrefois, pour justifier officiellement le maintien de ces institutions, on invoquait volontiers avec une apparence de raison ; l'*intérêt des familles* et des *modestes fortunes ?* Aujourd'hui on semble oublier cet argument ou si on ne l'oublie pas, on néglige de le faire valoir. Pourquoi ? Parce que, on me pardonnera de me répéter, les conditions économiques et sociales ont été modifiées ; parce que, le prétexte de l'émigration lointaine, des communications difficiles, de la longueur de la route et de la lenteur des correspondances a cessé d'exister.

Et d'ailleurs, consultez les registres des Ecoles préparatoires ? Un arrêté ministériel a bien énuméré les circonscriptions dans lesquelles chacune de ces institu-

(1) Je cite souvent Dechambre. On ne citera jamais assez l'étude publiée sur ce sujet dans la *Gazette hebdomadaire* de l'année 1871, et on ne rappellera jamais trop les idées si libérales de l'ancien et toujours regretté rédacteur en chef de ce journal.

Digitized by Google

tions délivre des diplômes et des certificats d'aptitude à l'exercice professionnel des officiers de santé, pharmaciens de 2e classe, sages femmes ou herboristes ? Est ce que, avec le régime actuel, tous les élèves d'une même Ecole sont nés dans la circonscription administrative de cette Ecole. Les parents de ces étudiants y résident-ils tous ?

C'est que, voyez-vous, il y a quelque chose de plus puissant que les règlements administratifs et les décisions ministérielles ! Ce sont les tendances de l'opinion publique ; ce sont les habitudes qui se modifient, ce sont les mœurs. Les usages patriarcaux d'un autre siècle se sont modifiées; c'est loi de progrès.

Et on affirmerait que la sécurité des familles dépend de l'existence des Ecoles préparatoires ! Ah ! vraiment, à celui qui le dirait on pourrait encore répondre avec Dechambre : l'indépendance de l'enfant commence là où finit l'aile maternelle, là où meurt le rayon du foyer domestique.

On fait valoir l'*intérêt des communes et des départements* « qui retrouvent sous forme de ressources et de « garanties sanitaires », les charges imposées à leurs budgets en faveur de ces institutions. Soit ! Mais alors, convenons qu'à égalité de sacrifices, les bureaux d'hygiène ou d'autres établissements de médecine publique offriraient à ces départements et à ces communes « des garanties sanitaires » équivalentes sinon plus complètes.

Et puis, voyons, n'existe-t-il aucune Ecole ou malgré la bonne volonté et leur savoir, les professeurs sont exempts du souci de lutter contre la médiocrité des ressources, l'insuffisance des installations, la rareté des élèves.

La pénurie des installations. Est-elle aussi exceptionnelle qu'on le déclare ? On en douterait volontiers, me dit-on, après avoir lu la lettre de M. le Directeur de l'Ecole de Clermont-Ferrand.

A cette objection, voici ma réponse. Je la trouve dans le fait suivant.

Ce fait est récent, il date du mois dernier. Je l'emprunte à un journal dont le dévouement à la cause des Ecoles secondaires est au-dessus de tout soupçon.

La ville, une ville industrielle, riche, très peuplée, ne pouvait faire les frais d'un enseignement qui n'est pas règlementaire pour les Ecoles préparatoire : la bactériologie.

Néanmoins ce laboratoire a été installé, mais comment? Grâce à la générosité des professeurs de l'Ecole qui, désintéressement fort honorable, ont « consenti à en faire les « frais d'installation » par « l'abandon d'une partie de « leurs modestes appointements ». Bien plus, l'un d'eux, professeur adjoint, en a payé « de ses deniers, le matériel ». Pas n'est besoin de commentaires ; je passe.

La *rareté des élèves* ? Serait ce là un autre lieu commun de rhétorique ? Eh bien, voici des chiffres. Ils sont officiels, je les trouve dans la statistique des élèves en médecine dans les dix-sept Ecoles préparatoires, pendant l'année académique 1888-1889.

Ecoles	Doctorat	Officiat de santé	Total
Alger	37	16	53
Amiens	6	51	57
Angers	25	12	37
Besançon	16	14	30
Caen	19	12	31
Clermont	12	13	25
Dijon	11	12	23
Grenoble	6	12	18
Limoges	26	5	31
Marseille	52	34	86
Nantes	74	10	84
Poitiers	13	7	20
Reims	15	7	22
Rennes	42	20	62
Rouen	18	4	22
Toulouse	78	27	105
Tours	21	5	26

Au total 732 étudiants en médecine pour 17 écoles; en moyenne moins de 44 élèves par école, et, pour plus d'une école, — le calcul en est facile, — un chiffre de fonctionnaires et de professeurs dépassant de peu celui des élèves !

En vérité, mes contradicteurs ont raison ; dans ces conditions, l'étudiant peut être dans la main et sous l'œil du maître ; c'est bien là un tête à tête entre élève et professeur !

Toute insinuation désobligeante est loin de ma pensée.

Les écoles les moins peuplées comme les plus fréquentées possèdent des praticiens de premier ordre, des professeurs d'un mérite éprouvé et des savants de haute distinction. A l'instar de leurs collègues et de cette école, dont je viens de citer l'exemple, la plupart, je devrais dire, tous, ont sû déjà et sauraient encore au besoin, donner les preuves de leur désintéressement scientifique.

Aussi, les plus hostiles à l'opinion que je défends ne me contrediront pas pour reconnaître que l'intérêt des membres de l'enseignement disparaît, du jour où cet enseignement dans les conditions où il existe et avec le caractère officiel qu'il possède, devient un obstacle à des améliorations nécessaires et à des réformes d'utilité générale.

J'ai promis de tout dire : que l'on m'accorde la faveur de tout écouter.

Les hommes sont au service des institutions et les institutions au service des hommes. Qu'est-ce donc, je le demande, comme d'autres l'ont souvent demandé depuis vingt ans, comme la majorité du corps médical français le demande aujourd'hui — « qu'est-ce donc, je le répète, qu'une institution qu'on peut dire d'Etat, malgré ses racines départementales et communales, l'Etat en nommant et en révoquant à son gré les professeurs, et qui néanmoins est menacée de périr d'inanition? »

Est-ce un honneur ou bien une humiliation pour ces honorables confrères investis par arrêté ministériel de la mission de répondre d'une prospérité impossible, au besoin même d'y contribuer par leurs propres deniers et cela... « pour un pauvre traitement passible encore d'une retenue »?

Il y a vingt ans l'existence des Ecoles préparatoires était menacée en tant qu'institutions officielles. Malgré les efforts persévérants des confrères qui les dirigent, est-elle moins menacée aujourd'hui? Non.

Digitized by Google

La création de facultés nouvelles leur a-t-elle été préjudiciable ? Oui.

On ne pourra ajourner indéfiniment l'avènement d'une organisation universitaire meilleure, moins surannée et, on le souhaite, plus libérale. Et alors on se le demande avec une curiosité sympathique et sans esprit d'hostilité, que deviendront les Ecoles d'Instruction médicale d'autrefois devenues après tant de vicissitudes les Ecoles préparatoires d'aujourd'hui ? La réponse ne semble pas douteuse.

Jusqu'ici elles partageaient avec les Facultés le monopole de la collation des grades ; mais voici, l'opinion aidant, que l'unification de ces derniers paraît cause gagnée ; et, voici qu'enfin, soulagement pour notre patriotisme, on ne sera plus contraint d'avouer, comme M. Le Fort le faisait en 1866, au retour d'une mission à l'étranger, que le « maintien des deux ordres de médecins est » un acte de routine et nous constitue en état d'infério- » rité à l'égard des autres peuples de l'Europe ».

L'officiat de santé disparu ou transformé, adieu donc le monopole, adieu aussi, personne n'en doute, le recrutement des élèves pour les Ecoles secondaires.

Et cependant, parmi ces institutions, plus d'une disposent, je le reconnais, d'éléments sérieux d'enseignement médicale. Faut-il laisser ces éléments scientifiques sans emploi et abandonner ces richesses ? Qui donc oserait le prétendre ?

Que faire alors ? Eriger ces Ecoles préparatoires en Facultés ? Ce projet peut être le secret désir de quelques municipalités ambitieuses. Quel rêve ! S'imagine-t-on dix-sept Facultés officielles nouvelles, s'ajoutant à celles qui existent déjà ?

Le salut et la rénovation est ailleurs. Au lieu de réclamer le partage du monopole avec les Facultés ou de demander la création et la collation d'un grade professionnel, que nos confrères sollicitent, il faut demander la séparation du corps enseignant et du corps examinant ; ce serait le seul moyen de ne plus permettre à un examinateur de faire sentir aux candidats « qu'il serait utile pour eux d'avoir suivi son cours » — ou, comme ce professeur d'une grande Faculté, de les engager à chercher, en devenant le souscripteur au journal qu'il « rédige », la réponse aux questions qu'il formule.

Qu'on sollicite, la faculté pour les communes, les groupes de communes et les départements, le droit d'établir ou de subventionner un enseignement médical autonome. Qu'on demande, pour les élèves, la liberté d'apprendre la médecine là où ils le voudront, et la faculté de s'adresser aux maîtres de leur choix, et pour les professeurs, la rémunération de leurs leçons par l'auditeur qui en profite.

Je m'arrête ; c'est tout un programme en faveur de la liberté de l'enseignement médical. Que « ces Ecoles » constituent donc, de leur plein gré, l'équivalent des » Ecoles libres des autres pays » et « elles seront » soustraites aux reproches qu'on est en droit d'adres- » ser à nos Ecoles préparatoires parce qu'elles ne » seront plus ces pièces souvent inutiles et gênantes » d'un système officiel, mais... l'expression naturelle et » légitime d'un autre système ».

En commençant, j'ai cité Dechambre, en finissant je le cite encore. C'est que, aujourd'hui, comme il y a vingt ans, on espère trop de la providence officielle, et après avoir fait écrire la liberté dans la loi, on hésite encore, il faut avoir le courage de le dire, à la faire entrer dans les mœurs !

CH. ELOY.

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

Vence, 12 octobre 1890

Transmission tardive d'affections croupales

Les observations, d'où qu'elles viennent, de la capitale ou de la province, peuvent profiter aux médecins qui s'occupent de ces sortes de questions

J'exerce à Vence (Alpes maritimes) depuis environ trente-deux ans. Les cas de croup ou d'affections diphthéritiques sont excessivement rares dans nos contrées, tellement rares, dis-je, que je n'ai pu en constater dans ma longue carrière que quatre cas : trois à Vence dont deux chez la même famille, et le quatrième cas dans une des communes des environs.

Le cas qui nous intéresse m'est fourni par une famille jouissant d'une bonne aisance et exempte de toute tare organique ; cette famille se composait de plusieurs enfants des deux sexes tous bien portants ; le dernier seul était plus frêle que les aînés, par la raison bien simple, qu'il est venu au monde un peu tardivement d'un père et d'une mère relativement âgés. Malgré sa faible constitution cet enfant d'une intelligence précoce n'avait jamais été malade jusqu'à l'âge de 4 ans.

Cet enfant a été envoyé à Nice pour y prendre quelques bains de mer ; de retour, il s'alite, la fièvre éclate, et une toux croupale survient. A dire vrai, j'étais loin de soupçonner le croup chez mon petit malade, n'ayant jamais constaté depuis vingt-quatre ans que j'exerçais à Vence aucun cas de diphthérie. Les symptômes s'accentuant de jour en jour, j'ai dû en reconnaître la réalité. Je propose à la famille l'opération de la trachéotomie, sans cependant trop insister ; la famille croit devoir refuser, et l'enfant succombe le huitième jour. Ici la contagion a dû probablement se faire pendant le séjour de l'enfant à Nice, où il y avait des cas de croup.

Cette famille, quelques années après, quitte les appartements qu'elle occupait alors, pour venir se fixer dans une maison nouvellement construite pour son usage.

Onze ans après le décès de cet enfant, une sœur aînée, qui était mariée à un médecin qui exerçait alors à Marseille, vint à Vence pour y faire des couches ; le nouveau venu prospérait à vue d'œil, la mère qui allaitait son enfant était fière de le faire admirer tellement il était beau de santé.

A l'âge de deux ans elle tombe malade, on me mande auprès d'elle, je trouve l'enfant triste et abattue, et sa voix de vibrante qu'elle était, était devenue éraillée. L'examen de sa bouche me fit découvrir une petite membrane sur une des amygdales ; des adénites survinrent le troisième jour et en dépit des badigeonnages fréquents et du traitement institué, cette belle enfant a succombé le lendemain de la trachéotomie, sept jours après le début du mal.

La contamination de la petite nièce par l'oncle me paraît hors de doute, principalement si l'on s'en rapporte aux cas de transmission tardive du germe croupal consigné par les auteurs qui s'occupent de diphthérie ; d'ailleurs dans le cas qui nous occupe la contagion n'a pu être faite ni par les murs, ni par les tapisseries, puisque la famille avait quitté depuis plus de sept ans le local qu'elle occupait lors du premier cas de croup.

Néanmoins le germe morbigène devait exister pour ainsi dire, à l'état latent, sur les effets et les meubles, ils ont profité d'un

Digitized by Google

état hygrométrique ou barométrique particulier, et notamment d'un terrain propice qui a pu lui servir de culture, pour se propager et tuer cette pauvre enfant.

Dr Binet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 *octobre* 1890.

Présidence de M. le Dr Nicaise

Oblitération du col utérin et caustiques chimiques. — M. Pozzi attire de nouveau l'attention sur les dangers des cautérisations intra-utérines avec le crayon de chlorure de zinc, et présente des pièces fort instructives qu'il a extirpées chez une femme traitée par cette méthode. Après un sixième accouchement, cette femme fut atteinte d'une endométrite hémorragique qui nécessita son entrée à l'Hôtel-Dieu et y fut cautérisée avec le bâton de chlorure de zinc. Après un séjour de trois semaines, elle sortit de l'hôpital complètement guérie. Les pertes ne reparurent plus; il en fut de même des règles.

A chaque époque menstruelle, elle éprouva désormais des douleurs utérines atroces, qui, finalement, déterminèrent son entrée dans le service de M. Pozzi. L'utérus en antéflexion était dur comme une bille de billard; le museau de tanche était entrouvert; mais au delà, le canal cervical et la cavité utérine présentaient une oblitération complète par cicatrisation des parois de cette cavité. L'utérus était transformé en un cylindre plein et sclérosé. Pas de tumeurs bilatérales, donc pas d'hématosalpinx. La dysménorrhée était due à des reflexes douloureux de menstruation avortée.

M. Pozzi pratiqua, il y a quelques jours, l'opération de Battey, c'est-à-dire la double castration. L'ovaire gauche était sain, les deux trompes congestionnées, non oblitérées, les pavillons intacts. L'ovaire droit présentait deux petits kystes des corps jaunes, dûs à des menstruations récentes. Aujourd'hui, l'opérée va aussi bien que possible. L'absence d'ovaires supprimera la menstruation et les douleurs secondaires.

M. Segond traite en ce moment quatre malades antérieurement cautérisés par le chlorure de zinc, et qui, depuis lors, sont sujettes tous les mois à des accidents dysménorréiques douloureux. Chez elles, le rétrécissement du canal cervical est situé très haut; l'hystéromètre seul permet de le constater. Comme l'atrésie n'est pas complète, il fait la dilatation progressive avec les bougies de Hégar.

M. Reynier a constaté, au moment des règles, les mêmes accidents consécutifs à l'emploi du chlorure de zinc; il fait la dilatation du col avec les bougies de Hégar.

M. Polaillon reconnaît que ce moyen de traitement des endométrites, dont il est l'auteur principal, excellent dans certains cas, devient un danger par la facilité même de son application. Pour manier une substance aussi active, il faut savoir la doser, en localiser les effets, ce qu'ignorent la plupart des praticiens. Il ne faut l'employer qu'avec une très grande modération, surtout chez les femmes âgées de moins de 40 ans. M. Polaillon avait déjà prémuni le public médical contre ses dangers, c'est-à-dire contre l'atrésie possible du col. Dans les cas qui viennent d'être signalés, les doses de chlorure de zinc ont été trop fortes; il serait important de savoir s'il n'existait pas chez ces femmes de lésions concomitantes des annexes, lésions qui continuent à évoluer après les cautérisations et présentent même une acuité plus grande.

M. Pozzi déclare que sa malade n'offrait pas de lésions des annexes. Pour le traitement des endométrites, le curettage est une méthode bien préférable, car il ne détruit pas entièrement la muqueuse utérine et désobstrue l'orifice des trompes, tandis que le chlorure de zinc produit l'effet contraire et transforme les salpingites en hémato-salpinx.

Traitement des fistules recto-vaginales, — Pour M. Bouilly il est important de ne pas traiter de la même façon toutes les fistules. On doit les diviser à ce point du vue en deux catégories.

Les unes, purement rectales, s'ouvrent au-dessus de la portion sphinctérienne de l'anus; les autres, les plus nombreuses, succèdent à l'accouchement et se montrent avec la chûte d'escharres ou la cicatrisation incomplète de déchirures du périnée. Elles sont sous-sphinctériennes. Pour les premières, le procédé de M. Le Dentu est bon. Les procédés plus simples suffisent au contraire pour guérir les fistules inférieures. Pour celles-ci, M. Bouilly se contente de faire la perineorraphie sans même fendre le petit pont du périnée situé au-devant de la fistule. Il pratique l'avivement du périnée, réunit les deux surfaces en ailes de papillon par dessus la fistule qui se trouve ainsi oblitérée. Cette opération est donc une simple périneorraphie et lui a réussi dans plusieurs cas.

Fracture ancienne de la rotule et guérison par l'ablation du fragment supérieur. — M. Chaput présente un malade qui fut atteint de fracture de rotule en mars 1889. Huit mois après, la gêne des fonctions était extrême et la flexion ne dépassait pas 2 ou 3 degrés. Par contre l'extension était satisfaisante M. Chaput rattacha la gêne de la flexion au mode de consolidation, il s'agissait d'un cal moyen rentrant dans le type 4 décrit par M. Chaput.

Pour rétablir la flexion, il fit le 18 novembre 1889 une incision courbe à concavité supérieure limitant un lambeau qui fut relevé. Le fragment fut, raginé séparé des parties molles et enlevé complètement. Le cul de sac sous-tricipital était complètement oblitéré si bien que l'articulation ne fut pas ouverte. Les parties molles furent suturées sans drain. Guérison de la plaie en quelques jours. Actuellement le malade marche parfaitement, porte des charges énormes, monte et descend comme tout le monde, fléchit à angle droit et étend vigoureusement la jambe.

Pleurotomie et drain tombé dans la plèvre, — M. Schwartz présente un bout de drain qui par une fistule pleurale tomba dans la plèvre sans que l'on s'en soit aperçut. La fistule guérit néanmoins, mais le malade continua à cracher du pus. M. Schwartz soupçonnant la présence de ce corps étranger, fit une seconde pleurotomie, plus bas que la première, réséqua six centimètres de côte et par la plaie explora la plèvre avec le doigt. Il fut assez heureux pour retirer un drain long de dix centimètres et recouvert d'un magma fibrino-purulent. Le malade, opéré le 10 septembre, est aujourd'hui complètement guéri.

Dr H. Marciguey.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 *octobre* 1890

Présidence de M. le Dr Dumontpallier

Traitement de la péritonite tuberculeuse. — M. Debove. En 1862, Spencer Wells se croyant en présence d'un kyste de l'ovaire, pratiqua la laparatomie chez une jeune femme atteinte de péritonite tuberculeuse; il fit le lavage du péritoine et referma le ventre. Cette femme guérit. Cette conduite a été imitée avec succès par un grand nombre de chirurgiens; les uns grattent les végétations tuberculeuses, les autres se contentent d'un simple lavage aussi efficace. M. Debove pense que l'ouverture du ventre, opération toujours grave, n'est pas nécessaire, et qu'une ponction, suivie d'un lavage, permet d'obtenir un résultat aussi favorable. Il en rapporte l'exemple suivant

Digitized by Google

Une femme de 28 ans entre le 9 juillet dans son service, atteinte d'une péritonite tuberculeuse à une période avancée, avec ascite considérable, mauvais état général, température de 40°. Le 12 juillet, il fait la ponction de l'ascite : retire 6 litres d'un liquide citrin et injecte dans l'abdomen deux litres d'une solution d'acide borique saturée. Ce liquide est ensuite retiré. La température, qui était de 40°4 le soir de l'opération, baissa les jours suivants pour redevenir normale. Le ventre reprit son volume normal et depuis le 11 août la malade a augmenté de douze livres, preuve manifeste que la maladie était enrayée. Cette observation prouve, ainsi que le fait remarquer M. Debove, que la ponction simple, suivie de lavage, est aussi efficace que la laparatomie, pour enrayer la péritonite tuberculeuse.

Hystérie simulant la chorée de Sydenham. — M. Debove. On sait que certains tremblements hystériques peuvent simuler la sclérose en plaques, la paralysie agitante, Il peut en être de même pour la chorée de Sydenham. Un jeune homme de 25 ans entra dans son service, atteint de mouvements généralisés, rappelant à s'y tromper ceux de la chorée vulgaire. D'ailleurs le diagnostic de chorée avait été porté dans un hôpital de Paris où ce malade avait déjà suivi un traitement. Toutefois il présentait plusieurs particularités intéressantes.

L'affection avait débuté sous forme d'hemichorée, puis s'était ensuite généralisée. De plus, le malade présentait dans les flancs deux zones hystérogènes douloureuses, correspondant aux douleurs ovariennes de la femme, qui achevèrent de mettre sur la voie du diagnostic. Une compression énergique de ces deux régions firent cesser au bout d'une minute les prétendus mouvements choréiques. Une guérison aussi miraculeuse est un signe de plus en faveur de l'hystérie, auquel venait encore s'ajouter l'anesthésie du pharynx. Après sa guérison, cet homme sur lequel pèse une hérédité névropapathique certaine, rapporta que ses tremblements généralisés étaient survenus à la suite d'une émotion violente et d'une tentative de suicide.

M. Merklen a observé dans le service de M. Vulpian une hémichorée hystérique, avec hémianesthésie sensitive et sensorielle, qui fut guérie par la faradisation forte d'un point de la peau.

Traitement de la diarrhée infantile par le lait stérilisé. —M. Comby. L'allaitement artificiel avec le lait de vache plus ou moins adultéré et d'une alimentation précoce plus défectueuse encore causent une énorme mortalité parmi les enfants de la classe pauvre et pendant les mois d'été. Le traitement pharmaceutique est le plus souvent impuissant à guérir ces diarrhées vertes ou choléra infantile. Le mieux serait de traiter cette affection avec un lait pur, aseptique, stérilisé, c'est-à-dire, privé de tout microbe pathogène. Pendant l'été dernier, M. Comby a traité ainsi 56 enfants, atteints de diarrhée, sous l'influence d'une alimentation défectueuse. Ces diarrhées ne présentaient pas une gravité extrême; l'état général n'était pas trop mauvais, l'expérience était donc faite dans de bonnes conditions pour réussir. La dose de lait employée était de 150 gr. toutes les trois heures. Les vomissements étaient arrêtés après quelques heures de ce régime : la diarrhée cessait au bout de quelques jours. Sur 44 de ces enfants, 30 ont guéri après 4 à 5 jours de traitement ; chez les 14 autres, la guérison a été incomplète et on a dû employer le bismuth comme adjuvant.

Le lait stérilisé, dépourvu d'organisme vivant pathogène, est donc un bon remède contre la diarrhée des enfants du premier âge. Il est d'une digestion facile, possède les apparences du lait frais, et n'a pas le goût du lait bouilli. Il est absolument pur et susceptible de se conserver plusieurs mois dans les bouteilles hermétiquement fermées et d'une capacité de 150 gr. Chaque bouteille suffit donc pour une seule tétée. Ce lait est préparé à l'aide de l'autoclave à vapeur sous pression.

Dr H. Mareiguey.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 octobre 1890

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

M. Leroy de Méricourt présente un travail de M. Maurel sous l'influence des climats et de la race sur la température normale de l'homme.

M. Dujardin-Beaumetz présente un travail de M. de Pietra-Santa sur les viandes américaines.

M. Fort présente une malade atteinte de rétrécissement cicatriciel de l'œsophage et guérie par l'électrolyse linéaire combinée à la dilatation.

M. Berger présente deux malades atteints de vastes ulcères et qu'il a guéris par l'autoplastie par la méthode italienne. Le pédicule du lambeau cutané a été coupé le vingt-et-unième jour.

M. Marjolin lit un rapport sur un ouvrage de M. le Dr Dumesnil sur l'hygiène des logements ouvriers.

M. Chauvel lit un rapport sur un travail de M. le Dr Vaslin (d'Angers) sur le traitement des accident consécutifs aux contusions du crâne par la trépanation, et sur un mémoire de M. le Dr Galezowski ayant pour objet un nouveau procédé de traitement chirurgical du rétrécissement du canal lacrymal.

M. Charpentier lit un rapport sur le prix de l'hygiène de l'enfance.

BULLETIN DE LA SEMAINE

La clinique thérapeutique et la Faculté de Paris. — Chaire nouvelle et enseignement qui n'est pas nouveau. — Candidatures et permutations. — Le professeur qu'on ne nommera pas.

L'année universitaire prochaine sera-t-elle celle de l'inauguration d'un enseignement officiel de la clinique thérapeutique ?

On l'espérait, il y a quelque temps. La retraite d'un éminent professeur allait, a-t-on dit, rendre vacante la chaire de pharmacologie et de matière médicale. Cet enseignement, ajoutait-on, superflu dans une Faculté de médecine, doit, par voie de transformation, devenir, avec un autre programme et un autre caractère, l'enseignement de la clinique thérapeutique. Ce projet n'a pas été abandonné; on l'espère du moins.

Officiellement nouveau, mais officiellement seulement, cet enseignement est celui dont l'urgence s'impose et n'a plus besoin d'être justifiée. Il a fait ses preuves hors de la Faculté : il manque à cette dernière, il serait temps qu'elle se l'annexât.

Son introduction à Paris est trop récente pour qu'il soit utile d'en écrire l'histoire. Un éminent médecin des hôpitaux s'en fait, depuis 1878, l'initiateur. Le succès de ses leçons a été justement apprécié. D'autres de ses collègues suivent son exemple avec le même succès et en dehors de tout patronage universitaire.

Faut-il rappeler les noms de ces volontaires de l'enseignement libres ? Non ; autrement je devrais les nommer tous, pour éviter le soupçon d'une impolitesse envers ceux que je ne citerais pas.

De plus, cet enseignement « qui, on l'a bien défini, » fait connaître les effets des différents médicaments

Digitized by Google

» appliqués à l'individu malade et leurs indications », a été éprouvé à l'étranger.

Est-ce cet exemple venu de l'étranger qui décide enfin l'Université à le placer dans ses programmes ? Non, je ne veux pas le croire ; autrement, il faudrait aussi, propos de mauvaise langue, penser que dans le grand état-major du corps universaire, il y a encore des hommes disposés à attendre qu'une idée d'origine française, revienne de l'étranger avant de l'adopter, et à retarder tout progrès. Qui sait ? Ils estimeraient donc qu'à la manière des bons vins, les réformes s'améliorent en vieillissant.

***

Serait-il vrai que des questions de personnes retardent la transformation d'une chaire aussi nécessaire et la désignation de celui qui l'occupera ?

Dans la meilleure des Facultés, je sais bien que tout ne va pas sur des roulettes quand il s'agit de dresser une liste de candidats pour une chaire vacante. Dans le cas actuel on éprouve de l'embarras. Pourquoi ?

Une candidature provinciale a été posée. Paris avait donné ce professeur à la province : la province le rend à Paris. C'est un échange de bons procédés, mais non la solution des embarras.

Il y a aussi un candidat parisien. Il est déjà possesseur du titre professoral, pourvu d'une chaire et demande à permuter.

Une permutation ? Grosse question, qu'on s'étonne de voir de nouveau en discussion, quand, décision fort sage, on avait résolu et promis de ne plus dorénavant en autoriser. Mais tout passe, tout casse : même les décisions les plus solennelles. Et puis, que voulez-vous, une permutation ? C'est si agréable et commode !

Une chaire devient vacante ; on la demande et on l'obtient. Quelques années après, une autre chaire est créée, on la demande à son tour. La thérapeutique expérimentale... c'est ingrat. Mais la clinique thérapeutique c'est bien meilleur ! seulement n'en parlez pas.

Paris valait bien une messe au temps de Henri IV ; pour permuter que ne ferait-on pas !

Il s'est produit encore d'autres candidatures. Les énumérer, augmenterait peut-être l'embarras que les électeurs universitaires éprouvent.

A quoi bon ? A défaut du concours professoral que la loi n'autorise plus, n'y aurait-il pas un moyen de maintenir la paix compromise dans le ménage universitaire. On laisserait les permutateurs dans les chaires dont ils sont titulaires, — c'est un devoir de laisser les enfants à leurs mères, — on ajournerait les autres candidats pour défaut d'expérience professionnelle dans un enseignement aussi nouveau ; et on appelerait celui qui en a été, en France, l'initiateur bien inspiré, à continuer dans la Faculté, avec le titre de chargé de cours ou bien avec tout autre titre, les leçons que jusqu'ici il a professées librement et heureusement hors de la Faculté.

Au nom de l'équité, c'est la solution libérale qui s'impose. Je gage qu'il y aura des gens pour ne point l'adopter.

CH. E.

INFORMATIONS

FRANCE

Les antiseptiques et les sages-femmes. — Une décision ministérielle autorise les pharmaciens à délivrer, pour l'usage obstétrical, du sublimé corrosif sur la prescription d'une sage-femme pourvue d'un diplôme.

Cette vente aura lieu exclusivement suivant les formules ci-après :

Formule A. — Sublimé corrosif.	25 centigrammes.
Acide tartrique	1 gramme.
Solution alcoolique de carmin d'indigo à 1 p. 100	1 goutte.
Formule B. — Vaseline au sublimé à 1 p. 100	30 grammes.

Chaque paquet contenant la *formule A*, chaque flacon ou pot renfermant la *formule B*, portera l'étiquette rouge orange réservée aux médicaments toxiques pour l'usage externe, avec la mention suivante écrite ou imprimée :

Formule A	*Formule B*
SUBLIMÉ CORROSIF	VASELINE
25 centigrammes	AU SUBLIMÉ CORROSIF
pour un litre d'eau	à 1 p. 100
POISON	POISON

ÉTRANGER

ALLEMAGNE. — **Le congrès allemand des sages-femmes.** — Ce congrès s'est réuni le 22 et le 23 septembre. Les congressistes étaient au nombre de six cents, et ce nombre comprenait toutes les présidentes des sociétés de sages-femmes de Prusse et des déléguées autrichiennes.

La statistique médicale de Berlin. — Pour une population de 1,500,000 habitants, la capitale de l'Allemagne possède actuellement 1,398 médecins, 107 dentistes, 120 pharmaciens diplomés et 34 hôpitaux avec 4,635 lits.

CANADA. — **Le congrès de l'Association médicale canadienne,** — Ce congrès s'est tenu à Toronto du 9 au 11 septembre, sous la présidence de M. le Dr Ross. Les adresses ont été lues : en médecine, par M. Prevost (d'Ottava) ; en chirurgie, par M. le Dr Chown (de Winnipey) ; en obstétrique, par M. C. Cameron (de Montréal), et en thérapeutique, par M. Mu i (de Truro).

HOLLANDE. — **Petite vérole et vaccine.** — De 1870 à 1873, on a compté dans le royaume 20,575 décès par la variole. Depuis cette époque, on a rendu la loi sur la vaccination plus sévère et la mortalité variolique a été en s'atténuant tous les ans. Pendant l'année 1890, on a enregistré seulement un décès variolique dans tout le pays.

Ces chiffres méritent les méditations des antivaccinateurs.

INDES. — **Les femmes médecins aux Indes.** — Pendant la session académique de l'année 1889, on a compté 24 étudiantes en médecine au collège médical de Calcutta, 14 à Campbelle medical School, 5 à Cuttack medical School et 39 à l'Université de Madras.

A Ayra, 7 femmes ont obtenu la licence ; 19 à Lahore.

Ce n'est pas tout, il y a des étudiantes en médecine à Grant medical Collège de Bombay et aux écoles officielles de Poonah, Ahmedabad et Hyderabad. De plus, les municipalités, entre autres celles de Tezpur, Etah, Raipur, Fyzabad, etc, entretiennent des élèves boursières dans les écoles de médecine.

NORWÈGE. — **Congrès contre l'abus de l'alcool.** — La réunion du 3e Congrès international contre l'abus de l'alcool vient de se tenir à Christiania, 212 membres y assistaient. Le président était le Dr Dahl. Parmi les propositions qui ont été

Digitized by Google

votées, on nous signale celle de M. Gronfelt, d'Helsingfors, relativement à la création d'une « Ligue anti-alcoolique européenne. »

NOUVELLES SANITAIRES

FRANCE

Les mesures sanitaires contre le choléra. — Pendant la semaine dernière, la surveillance sanitaire s'est exercée, par voie de mer, sur 79 bateaux (26 pour l'Océan en 53 pour la Méditerranée), ayant à bord 32 passagers venant d'Espagne ; par voie de terre, sur 3,727 voyageurs (730 à Cerbère et 2,997 à Hendaye).

D'après une note communiquée par le Ministère de l'Intérieur, il y a eu 82 désinfections dans les ports et 231 dans les stations de terre.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Concours pour le prix Blache. — Une décision du Ministre de la marine décerne ce prix à M. le Dr Le Dantu, médecin de la marine, pour son travail intitulé : *Traitement de la dysenterie des pays chauds par lavages antiseptiques du gros intestin.*

Le recrutement des infirmiers militaires. — Les infirmiers se recrutant exclusivement parmi les hommes appelés à trois années de présence sous les drapeaux, le ministre de la guerre a décidé que les hommes destinés à ce service seraient désignés nominativement lors de la répartition du contingent. De plus, l'instruction spéciale leur sera donnée dès le septième mois de leur incorporation par les soins du médecin-major, chef de service, sans qu'ils soient exempts pour cela des exercices militaires proprement dits, des marches, tirs, etc.

Huit jours avant le renvoi d'une classe, les militaires de la plus jeune classe incorporée, destinés aux sections d'infirmiers, seront versés d'office dans ces sections et répartis immédiatement entre les hôpitaux et les établissements du service de santé pour éviter tout à-coup dans le service des malades.

VARIÉTÉS

La géophagie à Zanzibar. — D'après M. Drago, médecin de la marine, on rencontre très souvent dans les rues de la ville des enfants avalant de petites boulettes d'une terre argileuse rouge, très grasse, que l'on mélange à la chaux pour les constructions. Ces enfants ont les conjonctives palpébrales et les muqueuses décolorées, fréquemment aussi le ventre volumineux et les membres grêles; les ganglions cervicaux sont très souvent tuméfiés, mais indolores.

Les mêmes faits sont observés chez les grandes personnes. Il a vu à l'hôpital français, grâce à l'obligeance du Dr Marseille, une négresse de Bagamoyo ; elle était malade depuis fort longtemps, disait-elle ; ses paupières étaient œdématiées, l'ascite abondante, les membres inférieurs enflés ; depuis environ quinze jours, fièvre à peu près continue et assez intense ; pouls très petit, rapide ; bruit de diable au premier temps et à la base ; la langue paraît exsangue ; elle avait la paleur des conjonctives palpébrales.

Les cas de géophagie, que les indigènes de Zanzibar appellent *safoura*, sont, paraît-il, très fréquents chez des personnes qui, par ailleurs, ne sont pas malades. Cette perversion du goût, attribuée en général à la chlorose et à l'anémie, a été rattachée, depuis Griesinger, à la présence de l'ankylostome duodénal. Le Dr Corre la fait découler de l'anémie de misère.

Je ne puis m'empêcher, dit-il, cependant de faire remarquer que dans tous les cas que j'ai rencontrés, les malades pouvaient se nourrir d'autre chose que d'argile ; j'ai vu trois garçons chez les Pères du Saint-Esprit, deux fillettes à l'hôpital français qui mangeaient de la terre, malgré la crainte d'une punition s'ils étaient surpris, malgré une nourriture saine et abondante. Était-ce pour satisfaire une habitude invétérée ? Je crois plutôt, avec la plupart des auteurs, que ce symptôme, la géophagie, est sous la dépendance d'un état tout spécial d'anémie, et je n'ai aucune peine à accepter l'opinion de ceux qui admettent le parasitisme comme étant la cause principale de cette affection.

La choucroute et la thérapeutique des maladies de l'estomac. — Il y a des thérapeutes qui ne doutent de rien. M. F Heller estime que la choucroute est le remède héroïque contre les dyspepsies chroniques. Son usage, dit-il, fait disparaître les éructations et les pesanteurs d'estomac dans les cas où l'acide chlorhydrique échoue. Il est vrai que, non moins efficaces, les choux rouges échouent à leur tour quand la choucroute fait merveille. Décidément les estomacs teutons sont bien dociles. M. Franz Heller nous apprend qu'ils sont patriotiques à l'égard du mets national. Je crois bien que les estomacs français seraient rebelles à ce remède.

Des erreurs dans le diagnostic des maladies infectieuses. — C'est au moyen des statistiques de l'hôpital du Belvédère, en 1887, que M. Russel (de Glascow) a dressé le tableau suivant :

Diagnostics :	Scarlatine.....	508	cas	15	erreurs
	Rougeole	386	»	3	»
	Coqueluche	152	»	4	»
	Fièvre typhoïde..	248	»	42	»
	Typhus	36	»	16	»
	Diphtérie.....	38	»	9	»
	Erysipèle.....	64	»	2	»
	Oreillons.....	3	»	3	»
	Fièvre puerpérale	3	»	3	»

Soit une moyenne de 7,6 erreurs sur 100 cas. Il s'élève de plus contre l'isolement prescrit par la loi et qui empêche les étudiants de fréquenter les malades atteints de ces affections et de se familiariser avec leur diagnostic précoce. C'est là un inconvénient dont une réglementation trop sévère menace certains services des hôpitaux parisiens. La crainte de la contagion et l'amour de l'isolement ont de singuliers effets scientifiques.

De la richesse du thé en théine. — D'après les analyses de Paul et Cowley, cette richesse varie beaucoup suivant les échantillons et leurs provenances ; quelques-uns contiennent 3,5 pour cent de l'alcaloïde. Les thés de Chine et du Japon sont inférieurs sous ce rapport aux thés des Indes et de Ceylan. Celui de Java est plus riche en théine que le thé de la Chine, mais plus pauvre que celui des Indes.

L'alcoolisme à New-York. — Chaque année on arrête, à New-York, 30,000 individus atteints d'intoxication alcoolique. Sur ce nombre, un dixième, 3,000 environ, sont mis en traitement à Bellevue Hospital. Les trois quarts sont des hommes ; artisans, mécaniciens et journaliers. La moitié sont d'origine irlandaise, et très peu de religion israélite. Enfin un septième doivent finalement être internés dans un asile d'aliénés. Beaucoup succombent à la pneumonie.

Le Directeur-gérant : HENRI HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE N° 43 22 OCTOBRE 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, CHAPUT, DEMELIN, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

CLINIQUE SYPHILIGRAPHIQUE

Hôpital Saint-Louis. — M. le Dr FOURNIER.

La syphilide pigmentaire

Sous le nom de syphilide pigmentaire, Hardy, le premier, a décrit une manifestation cutanée de la syphilis constituée par des bigarrures hyperchromiques localisées surtout sur le cou. Cette affection appartient à la période secondaire de la syphilis. Elle se produit principalement pendant le second semestre de la première année ou au début de la seconde année. La maladie se reconnaît à trois particularités : 1° si elle n'appartient pas exclusivement à la femme, elle est cependant presque spéciale à ce sexe. Elle est très rare chez l'homme. Cependant elle semble un peu moins exceptionnelle chez lui qu'on ne l'avait cru, depuis qu'on connaît mieux la maladie ; 2° Celle-ci a, en général, un siège spécial : le cou ; 3° Elle est absolument rebelle aux antisyphilitiques. Enfin, cette manifestation cutanée constitue un brevet de syphilis : elle a donc une grande importance.

La syphilide pigmentaire s'observe surtout chez les jeunes femmes, de 17 à 26 ans, et chez les hommes jeunes. Elle est plus fréquente chez les individus délicats et anémiques. Elle n'a pas de signification pronostique. On ne sait pas comment elle débute. Il semble résulter des recherches qu'elle se développe rapidement, dans l'espace d'une semaine. Elle donne au cou un aspect malpropre. Ses taches sont disposées sans ordre, elles se confondent et forment des bigarrures enclavant dans leur réseau des taches blanchâtres. La teinte des taches est légèrement variable. Tantôt elles sont grises, tantôt gris foncé, quelquefois bistres, parfois un peu plus noires, légèrement jaunâtres, ocreuses. Les taches rappellent la teinte de la crasse : c'est le cou sale des individus malpropres.

Ces taches s'entrelacent, se fusionnent en laissant des îlots blancs. Or, en fait de coloration, tout est dans ce que les peintres appellent les valeurs. Une coloration blanche paraît d'autant plus blanche que les parties qui l'entourent sont plus foncées. Les taches de la syphilide paraissent donc d'autant plus blanches que les tissus voisins sont plus noirs. On a cru, dans la syphilide pigmentaire, qu'il y avait une double lésion : une hyperchromie des tissus foncés et une achromie des plaques. Pour ceux qui soutiennent cette théorie, les taches blanches sont pathologiquement blanches, c'est du vitiligo. Cette opinion n'est pas soutenable. En effet, la coloration blanche des taches est due à une illusion d'optique. Percez un trou dans une feuille de papier, appliquez-le sur une tache blanche. Vous cachez ainsi le cadre foncé qui l'entoure et vous pouvez vous assurer que la coloration de la tache est absolument la même que celle de la peau saine. Si on enlève une partie de la plaque blanche et qu'on l'examine au microscope, on constate qu'elle contient autant de pigments que la peau normale.

La disposition aréolaire de l'affection, les bigarrures s'entrecroisant et enserrant dans leurs mailles des îlots de peau saine, est spéciale à la vérole. Elle n'existe, en effet, que dans une seule mélanodermie non syphilitique. L'affection, nous l'avons dit, siège sur le cou. Elle forme généralement un collier complet ; quelquefois elle n'existe que sur les parties latérales, mais elle est toujours symétrique. La lésion n'a pas d'évolution. Elle reste ce qu'elle est sans se modifier. Il n'y a ni prurit, ni symptômes locaux. Elle persiste pendant très longtemps, de un à quatre ans. On a dit même que la durée était indéfinie. M. Fournier ne le croit pas.

La syphilide pigmentaire, bien que d'origine syphilitique, n'est pas modifiée par le traitement. C'est là un fait très important qui prouve que, dans la syphilis, il y a deux ordres de lésions : les lésions pur sang justiciables des antisyphilitiques, les lésions qui, bien que syphilitiques d'origine, ne sont pas syphilitiques de nature et qu'on peut appeler parasyphilitiques. Du reste, l'impuissance thérapeutique, dans le cas actuel, n'est pas bien regrettable, car la maladie n'a aucune gravité.

La syphilide pigmentaire est généralement fidèle à son type. Sur 100 cas, 95 à 98 appartiennent au type décrit ci-dessus. Mais il y a des variétés de *localisation*. L'affection ne siège pas toujours sur le cou ; quelquefois, et coïncidemment, l'éruption se fait sur la partie supérieure du thorax, plus rarement sur le tronc, l'abdomen et les flancs. Il est absolument exceptionnel qu'elle siège sur la face. Très rarement, la syphilide est disséminée. On peut observer des variétés par *exagération de teinte*. Les taches sont brunes, brun noirâtre, noires. Faut-il rattacher à la syphilis certaines pigmentations anormales qu'on observe dans quelques maladies infec-

(1) Leçon recueillie et rédigée par M. le Dr F. Roux.

Digitized by Google

tieuses telles que la fièvre intermittente? La question n'est pas résolue.

Le *diagnostic* de la maladie est facile. La syphilide a une physionomie spéciale et trois caractères importants: 1° C'est une lésion d'ordre purement pigmentaire. 2° L'hyperchromie a un siège spécial; 3° Elle a un dispositif réticulé. Ce caractère est très important. Dans les mélanodermies non syphilitiques, il n'existe pas. Les taches sont en nappe, non en réseau. Avec quelle affection peut-on confondre la syphilide pigmentaire? Est-ce avec le *pityriasis versicolore?* C'est bien difficile. Ce dernier ne siège que très rarement sur le cou. On le trouve sur le thorax. Ce n'est pas une affection grise, mais bien jaunâtre, café au lait. Si, avec l'ongle, on râcle la plaque du pityriasis, on enlève un copeau d'épiderme surchargé de matière champignonneuse, qu'on constate facilement au microscope.

On peut exclure facilement du diagnostic, le *chloasma utérin*, qui a son siége sur la face, le front, autour des lèvres; le *hâle*, chloasma calorique qui siège quelquefois sur le cou mais qui a deux caractères spéciaux. Il est disposé en nappe et n'est pas réticulé. Jamais il ne présente de taches blanches. Peut-on confondre la syphilide avec la *phthiriase*? Peut-être, si celle-ci existait sur le cou. Mais on la rencontre sur le tronc, les épaules de préférence. De plus, elle présente des taches blanches, parallèles, en gril, reste des égratignures causées par le prurit.

Il n'y a guère que deux affections qu'on puisse confondre avec la syphilide pigmentaire. C'est la *pigmentation* qu'on observe chez certaines femmes très brunes, qui ont sur le cou de véritables pigmentations, quelquefois lacunaires. Mais il suffit d'être prévenu pour éviter l'erreur. Il y a aussi les *mélanodermies cachectiques*, qu'on rencontre surtout dans la tuberculose. Généralement, il est vrai, elles sont disposées en nappe, elles ne sont pas lacunaires: elles existent, non seulement sur le cou, mais encore sur le thorax. Cependant, il n'est pas impossible que ces mélanodermies prennent une disposition aréolaire. Si, de plus, elles siégent sur le cou, elles ont une ressemblance complète avec la syphilide pigmentaire. C'est là une exception rarissime, mais qu'il faut connaître.

Quant à la *nature* de la syphilide pigmentaire, il y a bien des opinions. On a d'abord nié la syphilide. On a dit: il y a simplement des macules de terminaison, vestiges de syphilides quelconques. Cette opinion n'est pas recevable. En effet, une syphilide papuleuse va-t-elle se localiser sur le cou? Y a-t-il jamais une syphilide papuleuse disposée en collier sur le cou, sans qu'on en trouve ailleurs? Si les taches de la syphilide étaient consécutives à une syphilide papuleuse, est-ce que les malades ne nous diraient pas que l'éruption a été précédée de boutons? Or, ils ne le disent jamais. Enfin on a pu, quelquefois, voir naître, à l'hôpital, la syphilide pigmentaire et l'affection, dès le début, s'est caractérisée par des taches.

On a dit encore: la syphilide pigmentaire n'existe pas, c'est un vitiligo. Erreur, puisque le microscope a montré que les taches blanches de la syphilide contenaient autant de pigment que la peau saine.

L'anatomie pathologique peut-elle nous éclairer? Elle a mis en relief deux faits: la surabondance du pigment dans divers départements de la peau; des lésions vasculaires constituées par l'épaississement des artérioles et des veinules cutanées qui sont quadruplées d'épaisseur et quelquefois oblitérées. Il y a inflammation chronique des petits vaisseaux. C'est peut-être là le processus des lésions, mais c'est seulement un intermédiaire entre celles-ci et la cause de la maladie. Quelle est la cause? Nous l'ignorons.

On a dit que la syphilide pigmentaire était due à une altération fonctionnelle des cellules productrices du pigment, à un trouble de la nutrition, à une lésion hématique, à une dystrophie pigmentaire, à une lésion ayant son siége dans les capsules surrénales. Simples hypothèses. On a cru que l'affection avait son origine dans le système nerveux, peut-être dans les centres trophiques de la moelle épinière. Certains faits tendraient à le faire admettre. C'est d'abord la symétrie habituelle parfaite des taches, ensuite la fréquence plus grande de la maladie chez la femme. Or, on sait que le système nerveux de la femme est plus sensible à la vérole que celui de l'homme. La dernière hypothèse est donc plus plausible, mais ce n'est encore qu'une hypothèse.

Quel est donc le grand intérêt de la syphilide pigmentaire? Elle n'en a pas au point de vue du pronostic, puisqu'on l'observe aussi bien dans les cas légers que dans les cas graves. Mais elle a un intérêt immense au point de vue du *diagnostic*. Elle veut dire vérole: c'est un certificat de syphilis parce que, réserve faite de la mélanodermie de certaines brunes et de la pigmentation tuberculeuse, la syphilis seule réalise la pigmentation de la syphilide. Celle-ci est donc d'une grande utilité quand le diagnostic est très difficile, comme cela arrive si souvent chez la femme, dans les syphilis ignorées, si fréquentes chez elle.

Nous pouvons résumer ce que nous savons de la syphilide pigmentaire dans les huit propositions suivantes:

1° La syphilis secondaire cause parfois une manifestation spéciale, la syphilide pigmentaire;

2° Cette manifestation, rare chez l'homme, est assez fréquente chez la femme;

3° Cette manifestation est remarquable par une localisation spéciale, le cou;

4° Elle est constituée par une hyperchromie locale, d'emblée;

5° Elle affecte généralement une distribution régulière et symétrique autour du cou;

Digitized by Google

6° Elle est toujours remarquable par sa disposition réticulée;

7° Elle a une longue durée : de 1 à 2 ans au minimum ; elle est rebelle aux agents antisyphilitiques ;

8° Elle a un intérêt majeur pour le diagnostic de la syphilis.

REVUE GÉNÉRALE

MÉDECINE

De l'acromégalie

La maladie, qui fait l'objet de ce travail, est nouvellement entrée dans le cadre nosologique; c'est à M. P. Marie que revient le mérite d'avoir le premier, en 1886, décrit ce type clinique, qu'il étudia sur deux femmes du service de M. Charcot à la Salpêtrière. Depuis cette époque, M. P. Marie a complété sa découverte par des mémoires parus dans divers recueils scientifiques. — L'un de ses élèves, M. le Dr Souza-Leite (1), qui a assisté à ses premières recherches à la Salpêtrière, en a fait l'objet d'une belle thèse inaugurale où il résume d'une manière très complète l'état de la question. C'est à ce travail que nous empruntons les documents qui vont suivre.

L'acromégalie est caractérisée essentiellement par une hypertrophie singulière, non congénitale, des extrémités supérieures, inférieures et céphaliques et par certaines déformations du tronc.

Au point de vue symptomatique, quatre ordre de faits attirent immédiatement l'attention, quand on examine un acromégalique.

1° On constatera qu'il a des mains *épaissies, élargies, massives* en un mot; que les parties molles de la face palmaire en sont saillantes, rembourrées en quelque sorte; que les doigts présentent dans toute leur étendue à peu près la *même grosseur*; que, phénomène très curieux, ni la main proprement dite, ni les doigts ne sont allongés notablement, surtout si l'on tient compte de leur épaisseur singulière, les mains sont de véritables « battoirs » et ces doigts peuvent être justement comparés à des « saucissons ».

Les autres segments des membres thoraciques ne sont point en harmonie avec ces modifications si étranges. Si, chez certains acromégaliques, ces membres sont plus ou moins gros, cette augmentation de volume n'est jamais aussi considérable que celle des extrémités proprement dites. Relativement aux *pieds* et aux *membres pelviens*, les mêmes considérations peuvent être faites; les dimensions de ces parties sont souvent proportionnellement moins exagérées que celles des membres supérieurs.

2° Pour ce qui est de l'extrémité céphalique la *face* est changée d'une manière extraordinaire, elle est allongée de haut en bas, le maxillaire supérieur est saillant et forme un prognathisme des plus marqués, au point que la face prend la configuration d'un ovale allongé et que parfois elle montre une tendance à devenir légèrement concave en avant et de haut en bas. Si nous ajoutons à cela de grosses lèvres, principalement la lèvre inférieure qui peut être pendante comme une veritable lippe, laissant entrevoir les dents et la pointe de la langue; un nez grossi, ayant une cloison et des ailes volumineuses qui sont plus fermes que normalement (nez camard); des arcades orbitaires saillantes recouvertes de paupières épaissies et abritant des globes oculaires qui semblent trop petits pour elles; un front relativement moins haut et parfois quelque peu fuyant; enfin une pigmentation plus forte de la peau du visage, spécialement de celle des paupières; si nous considérons tous ces détails, nous verrons qu'il existe un *facies acromégalique* aussi nettement tranché que le facies parkinsonien.

3° Le tronc très massif, vu de profil, présente en arrière une *cyphose cervico-dorsale* très marquée, une *scoliose*, et beaucoup moins souvent, une *lordose* lombaire légère; en avant, une proéminence plus ou moins prononcée des extrémités des côtes et du sternum; de là, une double bosse en avant et en arrière.

Parmi les phénomènes subjectifs, nous notons une céphalalgie très fréquente, des douleurs plus ou moins vives dans les membres, un appétit et une soif excessifs, l'affaiblissement de la vue qui peut aller jusqu'à la cécité, la diminution du désir génital, l'amenorrhée.

Tels sont en résumé les principaux symptômes qui font de l'acromégalique un type parfaitement défini. L'étude de quelques-uns nécessite un certain développement; nous y reviendrons ultérieurement.

L'étiologie de cette maladie reste encore inconnue; nous savons seulement qu'elle débute insidieusement en général de 19 à 25 ans, et qu'elle n'est ni héréditaire ni congénitale.

Les débuts de l'acromégalie se font ordinairement par les membres supérieurs Lorsque l'on examine les *mains* de l'un de ces malades, l'attention est attirée par leur développement exagéré et par celui des doigts, contrastant avec l'état presque normal des autres segments du membre thoracique. Ce sont de gros doigts, ayant conservé leur longueur normale, de grosses mains larges, qui terminent un membre en apparence normal. Le développement excessif des mains porte sur tous leurs tissus : os, muscles, tissu cellulo-adipeux et peau, qui sont hypertrophiés. La longueur des mains, mesurée depuis l'interligne articulaire du poignet jusqu'au bout du médium, est à peu près la même que celle de la main d'une personne en état normal, tandis que leur largeur et leur épaisseur sont énormes. La consistance des mains est ferme, résistante; les plis de la paume sont rendus plus profonds par le développement de bourrelets char-

(1) De l'acromégalie, Paris, Lecrosnier et Badé, 1890.

Digitized by Google

nus et par l'hypertrophie des éminences, thénar et hypothénar.

Les doigts, aussi gros à leur extrémité libre qu'à leur base, ont à peu près la forme d'un saucisson. Le pouce de l'un des sujets dont M. Souza-Leite rapporte l'observation, mesurait 120 millim. de circonférence; chez un autre, le médius mesurait 100 millim. On voit combien de pareilles dimensions s'éloignent du type normal.

Les ongles sont petits, aplatis, striés presque toujours dans le sens longitudinal. Nous avons déjà dit que cette hypertrophie des mains n'intéressait ni les avant-bras, ni les bras : qu'elle cessait au poignet, qui, dans la grande majorité des cas, reste presque toujours normal.

Les pieds sont gros, élargis, épaissis, tout en gardant leur longueur normale ou à peu près. On constate ici les mêmes sillons profonds, notamment les sillons digito-plantaires, séparant les mêmes bourrelets charnus. L'hypertrophie des pieds ne remonte presque jamais au-dessus des malléoles, elle s'arrête au cou-de-pied : il en résulte que la jambe et la cuisse conservent leurs dimensions ordinaires.

Tous les tissus qui entrent dans la formation des pieds ont subi un développement exagéré ; mais ce développement n'intéresse que leur largeur et leur épaisseur; la longueur du pied reste normale.

Les orteils présentent, de même que les doigts, des dimensions excessives, tout en gardant leur direction et leur forme naturelles. Les ongles présentent les mêmes caractères que ceux des doigts.

Les déformations de l'extrémité céphalique occupent principalement *la face*, qui est allongée et ovalaire. Le front repose sur d'énormes saillies orbitaires qui le masquent en partie. Les bords de l'orbite et les apophyses orbitaires sont hypertrophiés par suite de la dilatation des sinus frontaux. Les paupières sont allongées, épaissies, de coloration légèrement brunâtre. Les yeux sont petits, peu expressifs, cachés derrière l'énorme saillie des orbites, à moins qu'il n'existe un léger degré d'exophthalmie, ce qui est rare. Le nez, accru dans toutes ses dimensions, forme au milieu de la face une saillie très prononcée ; les ailes sont épaissies, volumineuses, la cloison et la sous-cloison ont le double de leur épaisseur normale. L'ensemble de ces modifications produit un nez arrondi, épaté, en pied de marmite.

Les pommettes sont saillantes et forment avec les arcades sourcilières épaissies un cercle peri-orbitaire très proéminent.

Les lèvres sont épaisses, lippues, pendantes. La langue et aussi très hypertrophiée dans toutes ses dimensions : elle devient dans certains cas tellement volumineuse qu'elle peut à peine être contenue dans la bouche et que la prononciation des lettres linguales devient difficile.

Le menton participe tout spécialement à l'augmentation générale de la face ; il est gros, massif, formant une saillie dirigée en bas et en avant. Cette saillie du menton est dûe au développement exagéré du maxillaire inférieur, à tel point que les arcades dentaires ne correspondent plus et que l'arcade supérieure tend à être inscrite de plus en plus dans l'arcade inférieure. Il en résulte que la mastication devient difficile, puis impossible, lorsque l'arcade dentaire inférieure s'éloigne de plusieurs millimètres de la supérieure.

Le rachis présente des déviations importantes ; elles consistent d'abord en une courbure de la région cervico-dorsale, en une cyphose plus ou moins marquée : le dos est rond, le malade tient difficilement la tête droite, celle-ci est inclinée en avant. Quelquefois on constate une scoliose à concavité droite ou gauche.

Enfin on peut trouver un certain degré de lordose au niveau de la région lombaire, de telle sorte que les dernières côtes et la partie inférieure du thorax sont reportées en avant. L'acromégalique atteint d'une double bosse en avant et en arrière, ne saurait être mieux comparé qu'à un polichinelle.

Notons en passant l'hypertrophie du sternum, des côtes, des clavicules, dont les dimensions s'éloignent beaucoup du type normal.

Telles sont les principales déformations caractéristiques de l'acromégalie ; il existe d'autres symptômes moins constants sur lesquels nous allons jeter un rapide coup d'œil. Parmi ceux-ci, nous noterons l'augmentation de volume du cou, l'hypertrophie du larynx dont les ventricules sont dilatés, ce qui donne à la voix un timbre rude, désagréable ; l'hypertrophie des organes génitaux externes, une abondance extrême des urines chez certains malades.

Les acromégaliques se plaignent d'une céphalalgie très vive, presque continuelle, de douleurs dans les os des membres ou bien autour des jointures, de battements de cœur. La menstruation se supprime de très bonne heure. Les organes des sens sont peu atteints; la vision est quelquefois abolie par le fait d'une nevro-retinite à marche progressive; l'ouïe et l'odorat peuvent être diminués et même abolis. La sensibilité cutanée est conservée.

L'acromégalie n'est jamais une maladie congénitale (P. Marie); elle débute à l'âge de 25 à 30 ans par une hypertrophie lente et insidieuse des extrémités et se complète en quelques années par des poussées successives. L'intelligence des malades n'est pas atteinte, ils peuvent vaquer à leurs affaires pendant les premières années. L'affection peut durer 10, 20, 30 ans et plus; puis survient une véritable cachexie : la peau est jaunâtre, flaccide, ridée, les chairs sont molles, émaciées; les malades ayant toute la figure déformée, les mains et les pieds gros et pesants, se confinent au lit; ils finissent par succomber aux progrès du mal, soit par syncope, soit par compression cérébrale.

L'anatomie pathologique de l'acromégalie n'est pas

Digitized by Google

encore complètement fixée; les autopsies, peu fréquentes, sont au nombre de sept; elles ont permis cependant de reconnaître un certain nombre de lésions caractéristiques de cette affection. La plus constante de toutes, celle qui paraît la plus spécifique, est l'hypertrophie de la glande pituitaire ou hypophyse; elle n'a manqué dans aucun cas. Cette glande est transformée en une tumeur dont le volume varie de celui d'un œuf de pigeon à celui d'un œuf de poule. Il en résulte un certain nombre de lésions de voisinage par compression. Les nerfs optiques, outre leur compression au niveau des bandelettes et du chiasma optiques, sont encore comprimés à leur passage à travers les trous optiques; de là, la nevroretinite qui aboutit à l'amaurose complète et les douleurs intra-oculaires; de là aussi, certains troubles auditifs et olfactifs. Au point de vue microscopique, il ne paraît y avoir qu'une hypertrophie simple des éléments anatomiques de la pituitaire.

On a également signalé l'hypertrophie des ganglions et des cordons nerveux du grand symphalique; la persistance du thymus; les altérations du corps thyroïde, l'hypertrophie du cœur et des vaisseaux sanguins.

L'intumescence de l'hypophyse a pour conséquence l'agrandissement de la selle turcique dans tous les sens. Les sinus sphénoïdaux, frontaux, ethmoïdaux, mastoïdiens, et surtout les sinus maxillaires, se trouvent toujours plus ou moins dilatés, leurs parois amincies. Nous avons déjà signalé les déformations du rachis et des os courts. Nous ne reviendrons pas sur ces lésions de squelette.

L'augmentation de volume, localisée aux extrêmités, l'allongement longitudinal de la face, le prognathisme, la double bosse, feront distinguer l'acromégalie du myxœdème, dans lequel la tuméfaction est limitée aux parties molles; de la maladie osseuse de Paget, dans laquelle on trouve une augmentation considérable de volume et une courbure accentuée des os longs des membres, des os du tronc et de la tête, produisant un aspect tout à fait particulier; les fémurs et les tibias se recourbent de plus en plus, et les jambes, pour ne parler que des membres inférieurs, arrivent à se croiser en forme d'X, de telle sorte que la marche devient impossible. Rien de semblable ne se produit dans l'acromégalie.

Nous ne ferons que mentionner l'éléphantiasis des Arabes, le rhumatisme chronique, la goutte dont personne ne sera tenté de confondre les déformations avec celles de la maladie de P. Marie.

L'acromégalie est une maladie d'évolution qu'aucun traitement n'est encore parvenu à enrayer. On se bornera donc à combattre les symptômes les plus pénibles, tels que la céphalalgie, l'insomnie, les douleurs abdominales ou autres, par une thérapeutique appropriée.

Dr H. Marciguey.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

DERMATOLOGIE

Du traitement de l'acné de la face par l'eau chaude, par M. G. Leviseur. — Ce traitement consiste à toucher plusieurs fois par jour la surface acnéique au moyen d'une éponge imbibée d'eau très chaude. Ces attouchements sont combinés avec des lotions à l'eau très chaude (*The Med. Record*, 13 septembre 1890).

L'instrument dont l'auteur se sert sous le nom de thermophore n'est autre qu'un tube de verre monté sur une poignée et terminé par une cupule contenant l'éponge. Le tube contient de l'eau très chaude. Cette dernière est obtenue en chauffant le tube au moyen de la lampe à alcool.

La rougeur et la douleur causées par ces applications disparaissent très rapidement et on peut au besoin employer des solutions de salicylate de soude, de bicarbonate de soude ou de résorcine. M. Leviseur complète le traitement par l'emploi des lotions au sulfate de zinc et à la résorcine. S. R.

De l'éther comme véhicule en dermatologie, par M. Sawyer. — L'auteur considère les pommades et les liniments comme de médiocres véhicules qui ne pénètrent point à travers l'épiderme (*The Lancet*, 12 juillet 1890).

Il propose donc de remplacer les pommades et les liniments par des teintures éthérées: teinture de belladone, d'iode, de menthol et de capsicum. C'est ainsi qu'il substitue la teinture éthérée de camphre et de belladone à la teinture alcoolique, et qu'il prépare la teinture éthérée de menthol d'après la formule suivante:

Menthol...	4 grammes.
Ether.....	80 grammes.

En badigeonnages sur la peau avec un pinceau, cette teinture produit des effets analgésiques contre la névralgie. Bref, c'est un mode de préparation à mettre à l'essai, en n'oubliant point le danger de l'inflammation et la facilité d'explosion de l'éther. S. R.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

De l'action du sulfate de quinine sur l'utérus gravide, par M. Bertrand. — Ce mémoire est le résultat d'observations cliniques nombreuses et, pour ce motif, paraît destiné à prendre une place importante dans le débat sur l'action ocytocique controversée de la quinine (*Annales de la Société de médecine de Gand*, août 1890).

En voici les conclusions :

Le sulfate de quinine est sans effet sur l'utérus pendant toute la durée de la grossesse et incapable de produire, à lui seul, soit l'avortement, soit l'accouchement prématuré.

Il occupe le premier rang comme excitant utérin pendant toute la durée du travail.

Pour en obtenir de bons résultats comme agent excitant, il faut le donner à la dose d'un gramme de préférence en une prise. En cas de nécessité, on pourrait élever la dose jusqu'à deux et trois grammes.

Pour empêcher les vomissements que pourrait occasionner son amertume, il est prudent de le donner dans un cachet de pain azyme, et si l'accouchée se trouvait dans l'impossibilité d'avaler, on l'administrerait en lavement ou en injection hypodermique. S. R.

Des courants galvaniques constants en gynécologie, par M. Apostoli. — Notre confrère qui étudie depuis longtemps cette question et s'est fait l'avocat de ce traitement, estime que le courant galvanique constant trouve son indication dans l'endométrite et le fibrôme, l'aménorrhée, la dysménorrhée et les métrorrhagies, les néoplasmes bénins et à la résorption des exsudats péri-utérins. Il exerce une action résolutive dans beaucoup de phlegmasies péri-utérines, et dans certaines ovaro-

Digitized by Google

salpingites catarrhales, mais il est inefficace et même nuisible à haute dose, surtout si le pôle intra-utérin est négatif contre les phlegmasies suppurées des annexes.

Son intolérance variable sert de moyen de diagnostic pour fixer le médecin sur la nature des collections liquides. Ses effets sont polaires et inter-polaires.

Les applications galvaniques élevées, employées au-dessus de 50 milliampères, forment la base de ce traitement.

Les galvano-ponctures vaginales, faites à quelques millimètres de profondeur (de 2 à 5), à l'aide d'un trocart filiforme, isolé dans toute son étendue sauf à la pointe, forment le complément de la thérapeutique intra-utérine, et localisent mieux l'action galvanique.

L'innocuité thérapeutique s'affirme : d'abord par l'innocuité parallèle des méthodes chimiques et sanglantes de curage intra-utérin, et surtout par les chiffres des statistiques. De juillet 1882 à juillet 1890, M. Apostoli a pratiqué 11,499 applications galvaniques (8,177 galvano-caustiques intra-utérines positives ; 2,486 galvano-caustiques intra-utérines négatives ; 222 galvano-ponctures vaginales positives ; 614 galvano-ponctures vaginales négatives). Il a traité 912 malades : (531 fibrômes, 133 endométrites simples et 248 endométrites compliquées de phlegmasies péri-utérines et n'a compté que trois décès, imputables à des fautes opératoires (deux galvano-ponctures, dont une pour fibrôme sous-péritonéal, et l'autre pour une ovaro-salpingite — une galvano-caustique pour un kyste de l'ovaire pris pour un fibrôme).

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

De la valeur du traitement de la dysenterie aiguë par les solutions concentrées du sel d'Epsom, par M. W.-D. Leahy. — Cette médication a été recommandée par divers auteurs, entre autres par Bartholow. L'auteur l'a mise à l'essai dans 95 cas où, sans procurer toujours la guérison, elle a donné des résultats qu'il regarde comme supérieurs à ceux du traitement par l'ipécacuanha (*The Lancet*, 4 octobre 1890, p. 710).

A cet effet, il administre toutes les deux heures et jusqu'à ce que les selles deviennent plus rares et cessent d'être muqueuses, quatre grammes d'une solution saturée et acide de sulfate de magnésie. Celle-ci peut être obtenue ainsi :

Sulfate de magnésie, q. s. pour saturer 200 grammes d'eau.
Acide sulfurique dilué, 30 grammes.

Quand cet effet est obtenu et que le tenesme a disparu, on prescrit l'opium et le « cannabis indica ».

Les avantages de ce traitement sont l'absence de nausées, de vomissements et de dépression de l'organisme. De plus, d'après l'auteur, il y aurait résolution de l'inflammation intestinale, et probablement, en employant la médication dès le début, absence d'ulcération. S. R.

De l'action thérapeutique du sulfate de cinchonidine, par M. de Brun. — Ce sel serait aussi puissant que le sulfate de quinine, contre l'impaludisme aigu et la cachexie palustre, et, par la modicité de son prix, le remplacerait utilement, d'après l'auteur. (*Revue de Méd.*, sept. 1890.)

Voici les conclusions de ce mémoire :

1° Administré aux mêmes doses que le sulfate de quinine, il combat les accidents aigus de l'impaludisme.

2° Sa valeur n'est pas moindre dans la cachexie palustre. — Il arrête la destruction globulaire et diminue très rapidement l'anémie palustre. Le nombre des hématies augmente dans des proportions considérables sous l'influence de son emploi. — Il fait diminuer en peu de temps le volume du foie et de la rate congestionnés ; mais il ne peut rien contre les scléroses définitivement constituées. — Il guérit rapidement les congestions pulmonaires paludéennes et les albuminuries dépendant de congestions rénales de même nature.

3° C'est un médicament contre les névralgies intermittentes.

4° Le sulfate de cinchonidine réussit souvent dans les cas où le sulfate de quinine s'est montré impuissant. — Il est mieux toléré que lui et provoque peu de vertiges ou de tintements d'oreille. S. R.

Les propriétés du catalpa speciosa, par M. Schneck. — L'écorce de ce végétal a servi aux expériences, sous la forme d'une teinture, que l'auteur et un de ses amis ingéraient à la dose de quatre grammes par jour. (*Philad. Med. News*), 1890, n° 23.)

Cette substance a paru ralentir les battements cardiaques, en diminuer l'intensité et produire finalement l'intermittence du pouls. Elle possède une action cholagogue et cathartique, provoque des nausées et même des vomissements si la dose est excessive.

L'auteur en a fait usage dans les pneumonies avec exacerbations fébriles intenses. Il a vu, écrit-il, la fièvre se modérer et le cœur se régulariser. Enfin, c'est aux vertus émétiques du catalpa qu'il attribue ses succès contre l'asthme et dans le cours des bronchites. S. R.

Une formule de suppositoires à la glycérine, par M. Ballans. — Ces suppositoires, malgré leur poids plus élevé (six grammes), ne sont pas plus volumineux que les suppositoires préparés avec un cône de beurre de cacao dont la cavité contient de la glycérine. (*Union pharmaceutique*, 15 sept. 1890.) On peut les formuler ainsi :

Lanoline } *a a* 2 grammes.
Glycérine }
Beurre de cacao } *a a* 1 gramme.
Cire blanche }

Leur consistance est plus grande et leur fragilité moindre que celles des suppositoires classiques. S. R.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

CHIRURGIE

Du traitement des fistules recto-vaginales

La communication si intéressante que M. le professeur Ledentu vient de faire à la Société de chirurgie a remis à l'ordre du jour la question du traitement de la fistule recto-vaginale, question déjà discutée en 1882 devant la même société.

De tout temps le traitement de ces fistules a exercé la sagacité des chirurgiens : la difficulté d'en obtenir l'occlusion, la fréquence des récidives a donné lieu à une série de procédés que j'ai classés en deux grandes méthodes dans mon article de l'*Encyclopédie internationale* (1) : méthode de l'oblitération simple, méthode de l'incision périnéale.

Pour apprécier l'intérêt du nouveau procédé que M. Ledentu vient de présenter à ses collègues, il est important, ce nous semble, de considérer avec M. Verneuil, les fistules recto-vaginales en fistules recto-vaginales supérieures s'ouvrant plus ou moins haut dans le vagin, fistules recto-vaginales inférieures s'ouvrant à la limite supérieure du triangle périnéal et fistules recto-vulvaires.

Or les mêmes procédés, comme nous allons le voir, ne sauraient convenir à des variétés différentes de ces fistules.

(1) *Encyclopédie internationale de chirurgie* : L. Picqué, maladies des organes génitaux externes de la femme. Paris 1888.

Digitized by Google

On a, comme on le pense, en présence des insuccès fréquents, recherché avec soin les conditions susceptibles de mettre en échec les procédés employés. Ont été successivement invoqués le peu d'épaisseur des lèvres de la fistule, le contact des matières et du gaz qui ont motivé la construction d'instruments variés qu'on ne rencontre qu'à titre de curiosité dans les vitrines de nos musées et qui avaient pour but de faciliter le passage des gaz au dehors. Dernièrement encore on a parlé à la Société de chirurgie de l'emploi de la sonde en caoutchouc à l'action de laquelle je ne crois guère et que pour ma part je n'ai jamais employée.

Je pense qu'il faut surtout songer pour expliquer ces insuccès à l'épidermisation de ces fistules qui nécessite un avivement complet de ces fistules, et c'est l'extrême difficulté de réaliser cette condition essentielle, dans les fistules de la première variété, qui selon moi explique la fréquence considérable des échecs.

Il est également une deuxième condition sur laquelle a insisté tout particulièrement mon élève, M. le Dr Chevrier, (de Reims) (1), dans la thèse qu'il a, sur mes conseils, consacrée à l'étude de cette question, c'est la nécessité de pratiquer l'antisepsie rigoureuse du rectum et du vagin. Dans mon article « Perinéorrhaphie » de l'*Encyclopédie*, j'exprimais nettement cette opinion après avoir exposé les nombreux procédés, mis en usage depuis Roux, que le succès de la perinéorrhaphie était plutôt une question d'antisepsie que de médecine opératoire, Roux, avec son procédé, aurait atteint du premier coup la perfection s'il eût connu l'antisepsie. Il en est de même pour les fistules recto-vaginales.

Et il faut le dire hautement, l'antisepsie est chose difficile à réaliser dans cette région, car elle comprend : 1° le lavage rigoureux de la cavité vaginale avec tamponnement de l'orifice du col; 2° le lavage de l'ampoule rectale avec tamponnement de son orifice supérieur.

Avivement complet et antisepsie rigoureuse, telles sont les deux conditions indispensables de succès dans le traitement de la fistule recto-vaginale.

Nous pouvons dès lors envisager le traitement des diverses variétés de ces fistules.

La méthode de l'oblitération simple s'adresse à la fistule seule, et son oblitération peut être obtenue par divers procédés. Trélat recommandait l'avivement en surface et l'emploi de sutures profondes destinées à réaliser un large affrontement. M. le professeur Tillaux recommande l'emploi d'une pince spéciale. On trouvera d'ailleurs sur tous les points des détails intéressants dans la thèse de M. Chevrier. Nous avons dit plus haut que tout peut réussir, quand l'avivement est complet. Mais cette condition est justement difficile à réaliser à cause du siège élevé de ces fistules et M. Verneuil a dit excellemment qu'un avivement est toujours mauvais si on oublie un seul point.

Dans les fistules du premier groupe, ce seul procédé néanmoins est applicable, on ne peut songer comme dans les autres variétés à agrandir le champ opératoire pour faciliter l'avivement. Le chirurgien ne saurait donc prendre trop de précautions pour assurer la bonne exécution de ce temps important de l'opération.

M. Ledentu vient de proposer l'application de l'autoplastie à ces cas difficiles ; ce procédé qui ne saurait être applicable à tous les cas, montre en même temps que l'ingéniosité de ce chirurgien, le résultat que peut donner l'autoplastie entre des mains habiles. On trouvera d'ailleurs la description de ce procédé dans le compte-rendu de la Société de chirurgie publié dans ce journal. Dans les autres variétés de fistules (deuxième et troisième), la situation me paraît plus simple.

On doit alors s'appliquer à agrandir le champ opératoire par la méthode de l'incision périnéale, préconisée pour la première fois par M. Richet et dont nous nous sommes fait l'ardent défenseur dans notre article « Fistule recto-vaginale » de l'*Encyclopédie internationale*. J'y renvoie le lecteur pour l'historique. J'avoue ne pas comprendre la répugnance de certains chirurgiens à recourir à ce procédé. Autrefois, la perinéorrhaphie laissait souvent à sa suite des fistules persistantes et c'est cette circonstance qui avait poussé les successeurs de Roux à modifier son procédé. Aujourd'hui, il n'en est plus de même et, comme je l'ai dit ailleurs, le chirurgien aurait tort de priver la malade du bénéfice d'une guérison assurée. Il faut donc, à mon sens, recourir à cette section du périnée dans les fistules de la deuxième catégorie, section qui, en agrandissant le champ opératoire, permettra un avivement complet des bords de la fistule. Quant à la réunion ultérieure il n'est plus nécessaire de discuter la question de la perinéorrhaphie secondaire soutenue autrefois par quelques chirurgiens. Il faut pratiquer la réunion immédiate.

Au cours de la discussion, nous avons vu notre excellent collègue et ami, le Dr Segond, soutenir la même opinion avec son talent habituel. Quand il existe, en même temps que la fistule, une déchirure du périnée, faut-il sectionner la bride intermédiaire ou pratiquer la perinéorrhaphie par dessus la fistule, après l'avivement nécessaire, comme le conseille Bouilly.

Nous pensons qu'il ne s'agit là que d'un point secondaire, le chirurgien s'inspirera du cas particulier, mais si l'avivement est difficile malgré la déchirure du périnée, je crois qu'il est préférable de sectionner la bride dont la conservation ne présente, d'ailleurs, aucune utilité.

Les fistules recto-vulvaires présentent un grand intérêt à étudier à part en raison des difficultés qu'on a eu jusqu'à présent à les guérir.

M. le professeur Verneuil a insisté autrefois sur ce point à la Société de chirurgie ; il signalait onze insuccès sur treize cas de sa pratique et ce chirurgien éminent et habile conseillait de recourir à la cautérisation de ces fistules.

J'ai eu l'occasion, à l'hôpital Pascal en 1888 et en 1889, de traiter deux de ces fistules avec succès ; les observations en ont été publiées dans la thèse de mon élève, le docteur Chevrier.

Dans cette variété la fistule n'est plus labiforme comme dans les autres, mais elle se présente sous la forme d'un

(1) Chevrier ; Contribution à l'étude du traitement des fistules recto-vaginales. (*Thèse de doctorat*, Paris 1890).

Digitized by Google

trajet complet à deux orifices : l'un vulvaire, l'autre périanal, anal ou rectal selon les cas.

Il faut, à mon sens, les traiter comme des fistules ordinaires dont un des orifices serait à la vulve, et c'est cette pratique qui m'a permis d'obtenir un double succès dans mes deux cas.

Lorsqu'elles ont été ramenées par l'incision à l'état de gouttière, elles doivent être traitées par la réunion immédiate en suivant le procédé américain appliqué à la cure des fistules anales.

Si on se rappelle que la fistule incisée n'est autre que la portion du corps périnéal située en avant de la fistule, on se trouve dès lors en présence d'une déchirure complète ou incomplète du périnée selon le siège de l'orifice postérieur de la fistule et l'application du procédé d'Emmet amènera d'emblée la guérison.

Ces fistules rentrent dès lors dans le deuxième groupe des fistules recto-vaginales.

En résumé, le traitement de ces fistules me paraît, grâce à la méthode de M. Richet, facile à concevoir et à réaliser. Quand la fistule est bas placée (2e et 3e variété), la section du périnée permet d'agrandir le champ opératoire et de réaliser un bon avivement ; la troisième variété n'est souvent qu'une variété des fistules à l'anus; quand la fistule est élevée, l'avivement devient difficile et le succès aléatoire ; le procédé autoplastique de M. Le Dentu peut dès lors constituer une excellente ressource.

Dans tous les cas, une antisepsie rigoureuse est nécessaire pour assurer la réunion.

Dr L. Picqué.
Chirurgien des Hôpitaux.

FAITS CLINIQUES

Un cas de pneumonie infectieuse grave

Par M. le Dr Fyessinger (d'Oyonnax)

M. Barth a parlé récemment (1) du traitement de la pneumonie par les bains froids. Aux bains de 18° à 24°, il associait les injections de caféine et d'éther. Les résultats ont été favorables chez sept pneumoniques graves.

Il se passera encore un certain nombre d'années avant que le praticien de campagne puisse faire accepter cette médication sans répugnance. Qu'un pneumonique vienne à succomber, on accusera le bain de cette issue fatale.

Les injections de caféine préconisée par M. H. Huchard ont cet avantage de ne soulever aucune prévention. De plus leur efficacité est merveilleuse.

L'observation suivante en est la preuve :

Rad... Gail..., 33 ans, nous est amenée à Oyonnax en voiture, d'un village à 20 kilomètres de distance. C'est le 20 juillet. Elle est tombée malade le 15 au soir. Ayant ses règles depuis 24 heures, elle ressent un violent frisson avec claquement de dents durant 5 heures. Une douleur aiguë occupe le côté droit et elle est exaspérée par la toux.

Confiante dans ses forces, cette femme qui n'a jamais été malade, reste sans traitement pendant les 5 premiers jours.

(1) *Société médicale des Hôpitaux* : 7 juin 1890, et *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 7 juillet 1890.

20 *juillet*. Le voyage à Oyonnax a beaucoup fatigué la malade. Elle se sent très faible. La face est terreuse, l'oppression forte. La toux amène une expectoration visqueuse, légèrement rouillée. L'examen de la partie révèle en arrière et à la partie moyenne du poumon droit, un foyer d'hepatisation avec matité et retentissement de la voix. La respiration est soufflée avec bouffée de râles crépitants à la fin de l'inspiration. La rate est hypertrophiée (palpation). Les urines contiennent de fortes proportions d'albumine.

T m	40	P m	124
T s	40'5	P s	123

Prescrip. Potion avec 2 gr. liq. ammon. anis et 4 gr. ext. quinq. Thé au rhum.

21 *juillet*. Les règles coulent avec abondance. L'état de la poitrine est stationnaire

T m	39 7	P m	120
T s	40.1	P s	128

22 *juillet*. Les règles ont à peu près cessé. Les râles crépitants sont perçus à la partie moyenne des poumons en arrière, et à la partie supérieure de la région axillaire. Des râles sous crépitants occupent la base. Le point de côté, au niveau du sein droit est très douloureux. Dans la soirée, l'oppression survient très angoissante ; des sueurs froides couvrent la peau.

T m	39.6	P m	130
T s	40 1	P s	150

A notre arrivée à 5 heures du soir, le pouls est faible et instable. Il varie entre 140 à 150 pulsations.

Prescriptions. A 5 heures une injection sous-cutanée d'ergotine, représentant 2 gr. d'ergot. Une injection de 25 centigr. de caféine suivant la formule :

Benzoate soude	3
Caféine	2.50
Eau dist. q. s. p.	10 centim cubes.

A 8 h. : Injection de 25 centig. de caféine. Le pouls persiste à 150.

A 9 h. : Une injection d'éther.
A 11 h. : — de caféine.
A minuit : — d'éther.

23 *juillet*. — A 2 h. matin : Une injection de caféine.
A 4 h. — — d'éther.
A 8 h. — — de caféine.

A ce moment, le pouls est plus ample, tout en conservant sa fréquence.

T. m. 39,8 ; P. m. 140.
T. s. 39,3 ; P. s. 140.

Des râles humides encombrent la base du poumon gauche. Les respirations sont à 60. Des ventouses sèches sont appliquées sur le thorax.

A 1 h. du soir : Une injection de caféine.
A 6 h. — — de caféine.
A 9 h. — — d'éther.
A 11 h. — — d'éther.

La nuit est mauvaise. L'anxiété est extrême. L'entourage s'attend à voir succomber le malade d'un instant à l'autre.

24 *juillet*. — A 1 h. matin : Une injection de caféine.
A 3 h. — — d'éther.
A 6 h. — — de caféine.

Le malade a une selle moulée à 4 h. 1/2 du matin. Elle se sent un peu mieux. La déglutition est douloureuse. Des ulcérations superficielles siègent au bout de la langue. Un piqueté de petites vésicules jaunâtres est constaté sur les piliers du voile du palais. On prescrit des gargarismes boratés.

A 9 h. du matin, la malade s'endort d'un sommeil calme. A ce moment, le pouls est à 100. Les respirations sont à 32. Des sueurs se produisent toute l'après-midi.

T. m. 39 ; P. m. 140 (à 6 h.)
T. s. 38,4 ; P. s. 120 (à 6 h.)

A 6 h. du soir, le pouls étant encore faible, on redonne une 1/2 injection de caféine.

25 *juillet*. — T. m. 37,2 ; P. m. 88. La malade ne s'est réveillée que trois fois la nuit. Râles sous-crépitants à la partie moyenne et inférieure du poumon malade. Râles ron-

Digitized by Google

flants. La malade a un peu d'appétit Les signes pulmonaires disparaissent les jours suivants.

Les injections sous-cutanées de caféine faites dans la fesse avec toutes les précautions antiseptiques, sont restées peu douloureuses et n'ont entraîné aucun accident inflammatoire.

Lorsque dans une pneumonie le pouls, coïncidant avec une température stationnaire ou qui baisse, devient tout à coup faible et rapide, la mort est la conséquence ordinaire.

Les injections sous-cutanées d'ergot, de caféine et d'éther données simultanément, maintiennent la tension artérielle et l'énergie cardiaque.

Leur emploi permet donc de formuler un pronostic moins défavorable.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

LARYNGOLOGIE

Du traitement de l'enrouement

Il y a enrouement et enrouement. Il ne faut donc pas un grand effort de logique pour admettre que son traitement est celui d'un symptôme.

1° *Enrouement par fatigue vocale.* — C'est l'enrouement des chanteurs, des prédicateurs, des avocats et des gens qui parlent haut et beaucoup. Le « hem », la douleur laryngée, le toussotement, la sécheresse pharyngée le caractérisent. Comment le combattre :

1° Par le repos de la voix ;

2° Par des pulvérisations chaudes avec décoction de coca, la solution de chlorate de potasse, ou, selon la pratique de laryngologistes américains, avec une solution de chlorhydrate d'ammoniaque.

2° *Enrouement de cause inflammatoire.* — La cause en est au larynx, au pharynx ou dans les fosses nasales. Autant de variations dans le mode d'intervention thérapeutique.

Existe-t-il de la *laryngite?* On prescrira des insufflations de poudres médicamenteuses ou des pulvérisations.

L'une des meilleures formules pour les pulvérisations est la suivante.

Hydrochlorate de morphine.....	0,005 milligr.
Sous-nitrate de bismuth..... }	ãã 0,05 centigr.
Talc boriqué finement pulvérisé... }	

M. s. a pour un paquet.
Un paquet pour une pulvérisation.

On attribue à la morphine l'inconvénient de rendre les cordes vocales moins sensibles. Pour ce motif, on conseille de ne point employer ces pulvérisations immédiatement avant le moment où le malade doit parler ou chanter.

Schrotter prescrit volontiers des inhalations avec la solution suivante :

Tanin.....	0,50 centigr. à 1 gramme
Alcool.....	10 grammes
Eau.....	50 —
Teinture d'opium..	XX gouttes

F. s. a. pour l'usage externe.

Les pulvérisations à la résorcine ont été proposées pour remplacer les pulvérisations phéniques.

On emploie, à cet effet, une solution ainsi formulée :

Résorcine.....	1 gramme
Eau distillée.....	100 grammes

On doit les répéter, quotidiennement, toutes les six heures.

L'emploi des cautérisations : perchlorure de fer au centième, ou solution argentique aux deux centièmes, doit être réservé seulement aux cas les plus graves et les plus rebelles.

Existe-t-il de la *pharyngite?* Le traitement laryngé serait incomplet si on ne modifiait pas la muqueuse par des attouchements avec la solution de nitrate d'argent à 5 0/0 ou galvano-caustique.

Existe-t-il une *rhinite?* Mêmes indications, c'est-à-dire insufflations, pulvérisations et irrigations nasales.

Les irrigations avec l'eau salée et au moyen du syphon sont utiles. Les pulvérisations peuvent être pratiquées avec la solution de bicarbonate de soude au centième et les insufflations avec le talc boriqué ou avec le mélange suivant :

Hydrochlorate de cocaïne....	0,01 centigr.
Talc boriqué.....	1 gramme

3° *Enrouement de cause myopathique.* — Comme traitement local, il y a indication à employer la faradisation des cordes vocales.

Comme traitement général, on prescrira, à l'intérieur, l'arsenic, la noix vomique, le fer, la coca et la kola. Une formule favorite du laryngologiste américain Sajous consiste à prescrire, de trois en trois heures, une pilule ainsi formulée :

Sulfate de quinine.....	0,50 centigrammes
Extrait de noix vomique....	0,05 —

F. s. a. pour dix pilules semblables.

C. E.

REUVE D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

I. *Les maladies des raffineurs de pétrole.* — II. *La main des ouvriers bouchonniers*

I. **Les maladies des raffineurs de pétrole.** — Parmi les dermatoses professionnelles des ouvriers qui manipulent le pétrole, on a volontiers décrit l'*ecthyma* et l'*acné*, et on attribuait leur origine à l'irritation de la peau par le contact des substances âcres contenues dans l huile de pétrole.

Cette étiologie est aussi celle, à peu de différence près, qui permet d'expliquer la fréquence relative d'autres accidents dont deux médecins distingués de Lille, MM. Guermonprez et Derville (1), viennent de donner la monographie clinique dans un mémoire très intéressant et très complet. Il s'agit de papillomes siégeant sur différentes régions du corps, entre autres les mains, les

(1) L. Derville et Guermonprez, *Papillôme des raffineurs de pétrole*, 1890.

Digitized by Google

jambes et le visage des ouvriers qui sont employés au nettoyage des appareils distillatoires de pétrole.

Quelle est la symptomatologie de ces lésions ? Elles ont pour siège de prédilection les régions les plus exposées à l'action des substances irritantes : soude caustique, poussières et résidus de distillation. Une petite papule rouge, à surface lisse et à sensations prurigineuses, en révèle le début. Le malade gratte volontiers ce papillome naissant, nouvelle cause d'irritation. La papule initiale devient plus saillante, augmente de volume, et finalement prend l'aspect d'une verrue dont la zone centrale est noirâtre, crevassée, et la zone périphérique rouge, lisse et d'aspect inflammatoire. C'est la *forme verruqueuse*.

Excise-t-on ou cautérise-t-on intempestivement ces productions pathologiques? Une perte de substance et une ulcération peuvent les remplacer. Elles ont l'apparence du cancer des ramoneurs, du cancer scrotal des muletiers mexicains et de celui des paraffineurs; mais elles n'en ont que l'aspect, et nos confrères lillois hésitent à les identifier avec eux.

A défaut de travaux histologiques, c'est donc affaire de diagnostic de justifier ces conclusions. Dans le *papillome ulcéreux des pétroliers*, on ne trouve pas, en effet, l'engorgement des ganglions inguinaux du cancer vrai, mais on constate une intensité des démangeaisons dont la violence est si remarquable.

Confondra-t-on ce papillome avec une verrue simple? Non, en raison de ces mêmes démangeaisons, en raison aussi de la zone centrale de coloration rouge.

Et le pronostic? Bénin, de l'avis de nos confrères; à preuve, disent-ils, les nombreuses cicatrices que l'on constate sur la peau de ces ouvriers, et qui sont un indice professionnel à noter au point de vue médico-légal; à preuve encore les succès que l'on a obtenus par une intervention opératoire opportune.

J'arrive à la thérapeutique de cette affection encore si insuffisamment connue. Elle est prophylactique et curative.

L'*indication prophylactique* consiste à protéger les régions qui sont le siège de la maladie et qui sont exposées aux irritations par leur enveloppement au moyen d'un tissu imperméable, à neutraliser la soude et les substances caustiques contenues dans les huiles essentielles, à prescrire aux ouvriers l'observation d'une propreté minutieuse et à exiger périodiquement l'usage des bains généraux savonneux et, à chaque interruption du travail quotidien, de lotions savonneuses.

Et l'*indication curative?* Elle varie suivant le siège des lésions. Sur les bras et les jambes, on cautérise les verrues avec l'acide sulfurique ; c'est un traitement populaire dans les raffineries de pétrole. Ailleurs, sous le scrotum ou la face, point de cautérisation, mais l'excision précoce avec le bistouri et en évitant les vastes pertes de substance.

Au demeurant, ce traitement diffère peu de celui des autres papillomes. Cela s'explique, car, d'après les recherches histologiques récentes d'un autre médecin lillois, M. Augier, la structure anatomique de ce papillome professionnel est celle de l'épithélioma perlé. A des lésions anatomiques analogues, un traitement chirurgical semblable.

II. **La main des ouvriers bouchonniers.** — Ici, il ne s'agit plus de maladies, mais de stigmates professionnels. M. le Dr Alezais (de Marseille), qui a récemment étudié les stigmates professionnels des ouvriers en pianos, appelle l'attention des hygiénistes et des médecins légistes sur les caractères suivants de la main des ouvriers employés à tirer en bandes, à couper et à tourner à la machine.

Le *tireur en bandes* débite les plaques de liège au moyen d'un large couteau ; les *coupeurs* divisent ces bandes en petits tubes ; les *tourneuses à la machine* (ce sont des ouvrières) arrondissent ces tubes et leur donnent la forme d'un bouchon.

Aucune de ces opérations n'est insalubre, et l'hygiéniste n'a donc à intervenir que pour constater les stigmates professionnels qui en résultent.

Quels sont-ils? Peu marqués chez les tourneuses à la machine: tout au plus un développement un peu exagéré de l'épaule droite et du bras droit. Chez les coupeurs, ils sont plus nets et consistent dans une *saillie de la face externe du médius, au niveau de la première articulation phalangienne de la main droite*. Cette saillie est molle et correspond sans doute à une bosse séreuse sous-cutanée. Elle persiste des années durant après que l'ouvrier a cessé d'exercer la profession de bouchonnier (1).

Les tireurs en bandes ont un durillon au niveau de la tête du premier métacarpien et un autre sur la face antérieure de la première phalange du médius de la main droite ; ces durillons sont dus à la pression de la main sur le manche du couteau. Sur la main gauche, point de callosités, mais une coloration noirâtre des téguments, dont il faut chercher l'origine dans le frottement sur les plaques de liège, qui sont humides et souvent recouvertes de moisissures.

L'intérêt pratique des recherches de M. le Dr Alezais ne saurait donc faire aucun doute. On doit l'en remercier et conseiller au médecin légiste de s'en inspirer. Dans la détermination de l'identité, on ne saurait négliger les stigmates les moins apparents. Ceux-ci sont peu connus; en les étudiant, notre distingué confrère marseillais a donc fait une étude doublement intéressante, puisqu'elle est à la fois utile et originale. Existe-t-il, dans la littérature de la médecine professionnelle, beaucoup de travaux dont on peut dire autant?

Ch. Eloy.

REVUE DES LIVRES

Des inhalations d'acide fluorhydrique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire par le Dr Garcin. (Paris, Quantin 1890).

Dans sa communication à l'Académie de médecine en 1887, notre confrère annonçait que sur 100 tuberculeux traités par cette méthode et longuement observés, il avait

(1) *Marseille médical*, 30 août 1890.

Digitized by Google

obtenu 35 guérisons et 41 améliorations. Ce mémoire fut l'objet d'un rapport favorable de la part de M. Hérard. Les résultats annoncés par le Dr Garcin étaient très beaux, trop beaux même, car la nouvelle méthode, dans laquelle on avait cru trouver enfin le remède de la tuberculose, expérimentée de divers côtés, peut-être sans beaucoup de discernement, ne donna pas tous les succès auxquels on s'attendait; peu à peu elle tomba dans le discrédit, puis dans l'oubli. Cependant dans un certain nombre de cas, les inhalations d'acide fluorhydrique améliorent considérablement l'état des malades. La suppression de la toux, de la dyspnée, des sueurs, le retour de l'appétit et des forces, l'augmentation du poids, une survie inespérée, sont des résultats fort importants à noter. Quelques guérisons persistantes ont même été observées : à ces titres, la médication fluorhydrique mérite d'être essayée.

H. M.

Leçons pratiques sur les maladies des voies urinaires par M. le Dr Lavaux. T. (Paris-Steinheil 1890).

L'auteur nous donne le troisième et dernier volume de son important traité des maladies des voies urinaires. Comme les précédents dont nous avons déjà rendu compte à cette même place, ce livre se recommande par sa bonne ordonnance, par des descriptions très claires et des discussions faciles à suivre. Les matières qui y sont traitées, intéressent particulièrement les médecins. Telles sont la lithiase urinaire, les nephrites suppurées, les pyélo-néphrites, qui, pendant longtemps restées dans le domaine médical, semblent aujourd'hui en être détachées. S'il est encore de bonne règle de traiter par les moyens médicaux les formes légères de la lithiase rénale, il est maintenant nécessaire de recourir à l'intervention chirurgicale, lorsque l'expulsion des calculs est devenue impossible. Enfin ce livre se termine par plusieurs études très intéressantes de sémeiologie, consacrées à l'incontinence et à la retention d'urine, aux hématuries, à l'infection urineuse. Dans le cours de cet ouvrage, l'auteur a fait preuve d'originalité en dévéloppant ses idées personnelles sur l'antisepsie des voies urinaires; nous espérons que ce livre contribuera à les vulgariser et à les faire adopter par le public médical.

H. M.

Action thérapeutique de Salies-de-Béarn, par le Dr Raymond Petit (Paris, Lecrosnier et Babé 1890).

Les eaux de Salies-de-Béarn peuvent être rangées parmi les plus actives de nos stations thermales françaises; leur action tonique est en grande partie due aux chlorures et en particulier au chlorure de sodium dont elles contiennent 256 grammes par litre. Elles sont donc indiquées, dit le Dr Raymond Petit dans tous les états constitutionnels où il existe un affaiblissement de la nutrition, tels que l'arthritisme, la scrofule, les anémies. L'expérience a aussi démontré qu'elles avaient la plus heureuse influence sur les affections chroniques de l'utérus et des annexes : metrites, fibro-myomes. pelvi-péritonite. L'auteur passe en revue l'action des eaux de Salies sur l'évolution de ces diverses maladies; son livre est utile à consulter au point de vue des indications thérapeutiques.

H. M.

Les épilepsies et les épileptiques, par M. le Dr Féré, médecin de Bicêtre. (Paris, 1890.)

Les six cents pages de ce volume ne peuvent se résumer, car le style précis de l'auteur ne prête ni à la phraséologie, ni à la digression. C'est un exposé complet et méthodique de tout ce qui a été écrit à ce sujet; l'auteur, en outre de son érudition, s'y était préparé longtemps d'avance par ses patientes et nombreuses recherches déjà publiées dans les Bulletins de la Société de biologie, sur les phénomènes d'épuisement consécutifs aux paroxysmes épileptiques, et consistant en troubles moteurs, troubles de la sensibilité, troubles de la nutrition. Nul n'avait jusqu'à lui mieux fait ressortir la rareté relative du type classique si connu, tellement connu que beaucoup de médecins hésitent à reconnaitre l'épilepsie lorsque celle-ci ne répond pas à ce titre. Aussi faut-il lire avec soin ses descriptions de l'épilepsie partielle vulgaire, tonique ou vibratoire, de l'épilepsie hémiplégique infantile et de l'épilepsie partielle sensorielle. Les paroxysmes incomplets, les paroxysmes anormaux, attaques apoplectiques, crises de tremblement, attaques procursives, les troubles sensoriels, viscéraux et psychiques sont étudiés minutieusement et bien dégagés au point de vue du diagnostic. A côté des recherches personnelles de l'auteur, il convient de faire ressortir son idée maitresse que, s'il y a une épilepsie, il y a aussi des épilepsies et des épileptiques. Tout le travail est consacré à défendre ses idées. Tout ce qui a trait à la thérapeutique est complètement retracé dans les derniers chapitres A notre avis, c'est l'ouvrage capital de l'année sur les névroses

Dr Charpentier.
Médecin de l'hospice de Bicêtre.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

Société médicale du VIe arrondissement de Paris (2 juin 1890) : I. *De l'antipyrine dans la céphalée méningitique.* — **Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux** (26 juillet 1890): II. *L'ostéome du brachial antérieur.* — **Comité médical des Bouches-du-Rhône** (18 avril 1890): III. *Un cas d'anévrysme de la pointe du cœur.*

I. **De l'antipyrine dans la céphalée méningitique.** — Dans une maladie où l'intervention thérapeutique doit se borner, faute de mieux, à diminuer la violence des symptômes, on est toujours heureux de trouver un médicament actif. Dans ce but et pour calmer la douleur, M. le Dr Dauchez a eu l'idée de prescrire l'antipyrine : cette idée a été heureuse et la céphalée a été diminuée.

L'enfant avait quatre ans; la dose d'antipyrine fut de 0,40 centigrammes par jour. On l'administra en quatre fois. Son action mérite d'être notée. Elle se résume ainsi : atténuation marquée de la céphalée, sudation abondante, mais action peu marquée sur la température et sur le pouls.

En signalant ce fait et en analysant ces phénomènes, M. Dauchez a voulu provoquer de nouveaux essais et non donner des conclusions fermes. Sage prudence et aussi excellente intention. Il serait donc désirable que son exemple fut imité.

II. **L'ostéome du brachial antérieur.** — On connait le travail intéressant de M. Charvot sur l'ostéome des cavaliers. Celui ci n'a pas été décrit par les auteurs, mais il n'en mérite pas moins l'attention des cliniciens. M. Ferron, qui en présentait un cas à la Société de médecine de Bordeaux, l'a rencontré quatre fois à la suite de luxation du coude.

Cet ostéome succède à un hématome, se produit dans un espace de temps plus ou moins long (trois mois, dans le fait rapporté par notre distingué confrère), et produit une altération fonctionnelle se traduisant par la gêne des mouvements d'extension et de flexion. De plus, il peut s'accompagner d'une hyperostose de l'épicondyle.

Quelle conduite tenir dans un cas semblable? Faut-il intervenir chirurgicalement? Faut-il pratiquer l'expectation?

L'intervention opératoire n'est point indiquée pour M. Lagrange, à cause de la situation de la tumeur dans le tendon du muscle brachial antérieur, car on risquerait, en sacrifiant ce muscle, de compromettre définitivement les mouvements du bras. D'ailleurs, de l'avis de M. Sagay, enlever la tumeur si elle est dans le tendon, c'est détruire les attaches du muscle et affaiblir le ligament antérieur musculaire de la jointure. Siégerait-elle dans le muscle? Il faudrait hésiter encore avant de

Digitized by Google

s'exposer à ouvrir l'articulation pendant l'intervention opératoire.

Cette opinion est contestée par MM. Dudon et Monod. Pour le premier de ces savants chirurgiens, la mobilité de l'ostéome est une condition favorable à l'opération. Pour le second, une incision exploratoire permettrait d'examiner les parties. Bref, l'intervention n'est point contre indiquée; il faut seulement procéder avec prudence et en explorant le terrain.

Le fait observé par M Ferron et les débats de la Société de médecine de Bordeaux montrent donc bien l'erreur de ceux qui considèrent à tort les ostéomes comme des affections relativement bénignes. Sérieuses par leur pronostic, en raison de la gêne fonctionnelle qu'elles provoquent, ces tumeurs le sont aussi par la prudence qu'elles nécessitent quand il faut intervenir.

Il reste bien le traitement médical: massage, révulsifs, pointe de feu, bains sulfureux. Faut-il donc faire fonds sur son efficacité et trop en escompter le succès ?

III. **Un cas d'anévrysme de la pointe du cœur** — A Bordeaux, il s'agissait d'une affection osseuse relativement rare. A Marseille, le cas dont M. Lop entretenait récemment le Comité médical, en soumettant des pièces anatomiques, n'est pas moins intéressant.

Un malade artério-scléreux, accusant du pseudo-asthme cardiaque, mais indemne d'accès d'angine de poitrine, se suicide dans le service de M. Fallot. On pratique l'autopsie.

A côté des lésions traumatiques ayant causé la mort, plaies pénétrantes par coups de couteau, on trouve de l'emphysème et de l'induration scléreuse du poumon, une grande augmentation du volume du cœur et surtout du ventricule gauche ; puis, à la partie inférieure de ce ventricule, une poche anévrysmale développée aux dépens du myocarde. Ce n'est pas tout : il y a du rétrécissement par ossification athéromateuse des deux artères coronaires; et, cependant, ajoute M Lop, ce malade n'a jamais éprouvé d'accès angineux.

Bref, voilà un complexus de lésions qui, on se le demande, offrent entre elles un lien anatomique, l'artério-sclérose, sans doute. Ne sont ce pas là, ajouterons-nous, les éléments d'une cardiopathie artérielle ? S. R.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 9 juin 1890
Présidence de M. le Dr Michel Dansac

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend : 1° le *Poitou médical*; 2° la *Revue illustrée de polytechnique médicale*; 3° la *Gazette de gynécologie* : 4° la *Petite Gazette*; 5° les *Annales des organes génito-urinaires*; 6° l'*Art dentaire*.

La correspondance écrite comprend : une lettre du président de l'Association française pour l'*avancement des sciences*, invitant la Société à nommer un délégué au prochain congrès qui se tiendra à Limoges. Ce délégué sera nommé ultérieurement.

M. Cazalis fait un hommage à la Société d'une traduction de l'*Acide urique* de Garrod.

La Société vote des félicitations à l'un de ses membres les plus éminents, M. le Dr Cadet de Gassicourt, à l'occasion de sa nomination au titre de membre de l'Académie de médecine ; elle charge le bureau de transmettre ces félicitations à M. Cadet de Gassicour.

M. Fourrier lit une note sur **un cas de goutte abdominale** *ayant simulé une crise de colique hépatique*. (Voir n° 39).

Le *Secrétaire* lit un travail de M. V. Poulet sur l'action résolutoire du *simulo* contre le *salpingo-ovarite aiguë ou subaiguë*.

M. Vigier a reçu une ordonnance d'un médecin prescrivant des pilules de *simulo*; il n'a pu trouver de substance portant ce nom. Il a pensé alors qu'il s'agissait d'une prescription psychique, comme les pilules de *mica panis*, et il envoya des pilules de ce genre en prévenant le médecin qui avait prescrit l'ordonnance.

E. Potherat.

Séance du 28 juillet 1890
Présidence de M. le Dr Michel Dansac.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté. La correspondance imprimée comprend : 1° une brochure de M. Petit, intitulée « Les médecins du temps de Molière » ; 2° diverses publications périodiques; 3° une lettre du président de l'Association pour l'avancement des sciences, conviant les membres de la Société à son prochain congrès ; 4° une lettre du président de la Société protectrice des animaux priant les membres de la Société médico-pratique de concourir à la pétition qu'elle organise pour protester contre les courses de taureaux.

M. Duchêne fait au nom de M. Michel une communication sur l'utilisation des eaux fluviales.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 octobre 1890.
Présidence de M. le Dr Nicaise

De l'appendiculite. — M. Berger. L'intérêt de cette question, soulevée par M. Reclus, est justifiée par sa gravité, l'importance des mesures chirurgicales proposées contre elle, et aussi par l'obscurité qui règne encore sur sa nature et sur ses lésions, ce qui fait qu'on ne peut encore arriver à des conclusions fermes à ce sujet. L'orateur rapporte trois cas de péri typhlite ou d'appendiculite dans lesquels il est intervenu et qui se sont terminés par la mort. Dans le premier, l'opération fut faite *in extremis*. Le malade entra à l'hôpital Lariboisière avec tous les signes d'une péritonite aiguë par perforation, à la dernière période ; le diagnostic de la cause était incertain. M. Berger fit la laparotomie sur la ligne médiane : le péritoine était rempli d'un liquide louche, trouble. Après quelques recherches, il découvrit dans la fosse iliaque droite l'appendice cœcal perforé, qu'il sutura de suite. Comme les forces du malade déclinaient visiblement, il mit un drain dans la plaie et referma le ventre. La mort fut immédiate. Il s'agissait donc d'une perforation de l'appendice ayant déterminé une péritonite généralisée mortelle. Le second cas a trait à un jeune homme de 16 ans, chez lequel les accidents avaient débuté. depuis cinq jours, par une douleur brusque dans la fosse iliaque droite, lorsque M. Berger fut appelé auprès de lui par M. Brissaud. L'état général était très grave: ventre ballonné, facies abdominal, pouls misérable, vomissements fécaloides: de plus, on sentait une petite tumeur dans la fosse iliaque droite. La péritonite n'était pas douteuse: mais il existait des probabilités en faveur d'une appendiculite. M. Berger fit la laparotomie en avant de la tumeur et tomba sur une énorme collection purulente située en avant du cœcum; l'appendice était perforé par un calcul stercoral engagé dans sa cavité ; la perforation fut fermée par une suture en bourse. Un second abcès s'était développé en arrière du cœcum. Après avoir nettoyé la fosse iliaque et mis un drain à demeure, M. Berger referma l'abdomen. Le malade succomba 25 heures après l'opération.

La troisième observation est identique à la précédente, même opération, même insuccès. La perforation de l'appendice avait été causée par un haricot.

Dans les cas de ce genre, l'intervention chirurgicale s'impose donc dès le début des accidents ; car, si l'on temporise, l'in-

Digitized by Google

flammation se généralise à tout le péritoine, la septicémie fait des progrès rapides et l'affection présente une issue fatale. Il importerait donc d'avoir un diagnostic complet dès l'apparition des premiers phénomènes morbides.

Mais il n'existe pas de signe pathognomonique permettant de reconnaître une appendiculite au début. D'ailleurs, l'appendiculite a-t-elle une existence propre ? Est-ce une affection distincte de la périthyphlite ? D'après les discussions actuelles, elles seraient distinctes l'une de l'autre, pourraient se présenter isolément chez les malades. M. Talamon, dans un mémoire récent, distingue plusieurs catégories d'appendiculites qu'il désigne en ces termes ; A. perforante aiguë ; A. perforante subaiguë ; A. simple non-perforante ; Colique appendiculaire.

Ces distinctions sont plus théoriques que réelles ; car, en clinique, il n'existe aucun signe permettant de diagnostiquer l'appendiculite d'avec la périthyphlite, à plus forte raison la forme devant laquelle on est en présence. En supposant même que l'on ait pu reconnaître l'appendiculite, les caractères cliniques nous font défaut pour en prévoir le mode de terminaison ; il est donc impossible de reconnaître si elle se terminera par résolution ou par perforation.

La thérapeutique se ressent forcément des incertitudes du diagnostic. L'intervention devra être aussi précoce que possible, surtout s'il existe une tumeur appréciable dans la fosse iliaque droite, si la fièvre augmente et dès l'apparition de phénomènes généraux graves.

L'incision sera locale, c'est-à-dire faite dans la fosse iliaque droite, comme pour la découverte de l'artère iliaque externe ; aussitôt après l'ouverture du péritoine, on ira à la recherche de l'appendice qui sera reséqué suivant les circonstances ; puis après la désinfection du péritoine, et la mise en place d'un tube à drainage, on refermera l'abdomen. En terminant, M. Berger s'élève avec force contre les fonctions exploratrices de l'abdomen, qu'il considère comme inutiles et dangereuses.

M. Richelot montre, à l'aide d'une observation personnelle, combien le diagnostic de l'appendiculite est délicat chez la femme. Lorsque cette affection évolue lentement, en dix-huit mois comme dans le cas cité, il est très facile de la confondre avec une lésion tubo-ovarienne.

M. Routier a donné récemment ses soins à un jeune homme de vingt-trois ans qui fut pris brusquement d'une violente douleur dans l'hypochondre gauche, très rapidement se déclara une péritonite aiguë avec signes d'occlusion intestinale. Au bout de quelques jours une débâcle eut lieu spontanément et fut suivie d'une amélioration telle que le malade se croyait guéri. Il était sur le point de sortir de l'hôpital, lorsqu'il fut pris de vomissements et succomba en quelques heures. A l'autopsie on trouve l'appendice perforé par un pois, et une péritonite purulente généralisée.

Cure radicale des varices et ulcères de jambe. — M. Cerné (de Rouen) lit une communication tendant à préconiser contre les ulcères de jambe variqueux, n'ayant pas encore acquis une grande étendue, la résection méthodique des troncs veineux partis de la périphérie de l'ulcère. C'est la périphlébite qui amène les troubles trophiques et l'inflammatton chronique de la peau à la partie inférieure de la jambe, sur le trajet de la saphène interne et au niveau de ses communications profondes. En supprimant le cours du sang veineux en ce point, on fait cesser la périphlébite et par là même tous les troubles trophiques et la dermite ulcéreuse. Il est indiqué d'enlever en même temps les paquets variqueux existant sur le trajet de la saphène.

Suit une observation d'une cuisinière qui, à la suite de l'opération et malgré la reprise de ses occupations, présenta une suppression graduelle de tout trouble trophique, la disparition des douleurs et de l'œdème et le retour de la peau à son aspect normal.

Dr H. Marçiouzy.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 octobre 1890

Présidence de M. le Dr Dumontpallier

Le lait stérilisé chez les enfants. — M. Sevestré a obtenu de bons résultats dans le traitement de la diarrhée des jeunes enfants par le lait stérilisé. Ce lait a été simplement préparé à l'hôpital à l'aide du stérilisateur de Poupinel. La caséine, modifiée par la chaleur, devient plus facile à digérer et se rapproche sans doute davantage de celle du lait de femme.

M. Debove. — Ce liquide a le goût de lait cuit, mais nous ne savons si le lait est plus facile à digérer cuit que cru. Un avantage considérable que l'on pourra retirer du lait stérilisé, sera celui de l'exporter facilement et de s'en servir dans des pays, tels que la Cochinchine, où il est impossible de le conserver frais. A ce propos, M. Debove rappelle qu'il a guéri avec le lait un cas de diarrhée de Cochinchine, et que le malade a continué à s'en servir avec le plus grand succès dans ce pays.

Varices œsophagiennes, hématémèse mortelle.—M. Letulle rapporte l'observation suivante, dont il fait l'objet d'un intéressant mémoire. Un homme de 40 ans entre, il y a deux ans, dans son service à l'hôpital Tenon, se plaignant de vomir fréquemment du sang. Cet homme était un alcoolique invétéré ; l'examen du malade révélait un foie petit, l'absence d'ascite, une rate énorme. Les hématémèses étaient annoncées plusieurs heures d'avance par des malaises qui consistaient en une sensation de chaleur au creux épigastrique, irradiant dans tous les membres. Le lendemain il rejetait des flots de sang par le nez et par la bouche ; on peut évaluer de 500 à 600 grammes la quantité de sang perdu pendant chacune de ces hémorragies. Ces phénomènes se répétèrent tous les deux mois environ pendant dix-huit mois. Jamais il n'eut de vomissement alimentaire, les digestions étaient parfaites. Malgré l'absence d'ascite, M. Letulle porta le diagnostic du cirrhose alcoolique avec varices œsophagiennes. Dans les dernières semaines, le malade contracta une pleurésie droite, puis il eut une hématémèse plus considérable que les précédentes et pendant laquelle il succomba. L'autopsie causa une certaine surprise. Le foie était normal, un peu graisseux autour des espaces portes, mais les cellules hépatiques n'offraient aucune altération. La rate, très volumineuse, pesait 600 grammes et était cirrhotique ; il existait de la péritonite chronique dans toute la région sus-ombilicale ; le pancréas était légèrement sclérosé. Une thrombose complète occupait la terminaison des veines mesaraïqees et le tronc de la veine porte. La circulation veineuse collatérale se faisait donc par les veines splénique, coronaire, stomachique et œsophagiennes. Celles-ci étaient le siège de varices considérables, larges comme une plume d'oie ; deux de ces veines étaient rompues et c'est par là qu'avait eu lieu l'hémorragie finale. Cette observation présente plusieurs particularités intéressantes ; en effet, il parait singulier que le foie soit resté sain à côté des lésions manifestes produites par l'alcoolisme. M. Letulle attribue cette intégrité à l'oblitération des veines qui charrient vers la glande hépatique le sang alcoolique. De plus, ce fait montre que la formation et la rupture des varices œsophagiennes peut être expliquée par la pléthore dans la circulation gastro-œsophagienne.

Des hémorragies gastro-intestinales dans la cirrhose et les affections du foie. — M. Debove, dans un travail en collaboration avec son interne M. Courtois-Suffit, étudie la cause de ses hémorragies d'un diagnostic souvent fort difficile. Dans un premier cas, on observe une hémorragie gastro-intestinale mortelle dans le cours d'une affection diagnostiquée cancer de l'estomac. A l'autopsie on ne trouve pas de cancer, mais une cirrhose à la période préascitique. Chez un autre malade, mort de la même façon, on trouve une cirrhose avec

Digitized by Google

ascite. Enfin dans une troisième observation inédite, due à M. Hanot on trouve une cirrhose ascitique, sans rupture de varices œsophagiennes. Ces faits montrent que ces hémorragies gastro-intestinales profuses sont fréquentes dans la cirrhose, qu'elles en sont une complication grave, qu'elles précèdent souvent l'ascite, qu'il est alors impossible de diagnostiquer la cirrhose et qu'elles sont attribuées à tort, soit à un ulcère rond, soit à un cancer de l'estomac, enfin que dans la cirrhose elles peuvent être indépendantes de varices œsophagiennes. Doit-on dans ce cas les attribuer à une altération du sang? Cette hypothèse est inadmissible, car il existe des affections humorales où elles ne se produisent pas. La gêne de la circulation hépatique n'est pas non plus suffisante, car des expériences ont montré que la ligature de la veine porte ne s'accompagnait pas d'hémorragies. Les altérations de capillaires de l'estomac ne peuvent occasionner d hémorragies aussi abondantes, car il faudrait admettre la rupture de tous ces capillaires, Il en est de même des varices œsophagiennes, en supposant qu'elles soient constantes; elles n'ont pas été trouvé rompues dans tous les cas. M. Debove les explique par une congestion dans tout le système de la veine porte sous l'influence d'une paralysie vaso-motrice. En réalité, la pathogénie de ces hémorragies reste fort obscure.

M. Rendu. — Les thromboses veineuses paraissent jouer un rôle secondaire dans la production de ces hémorragies; il en est de même de l'oblitération du tronc de la veine porte. La circulation porte n'est pas gênée dans le foie cirrhosé. Les lésions du péritoine ont au contraire une plus grande importance dans la production des hémorragies et de l'ascite, par l'irritation permanente qu'elles entretiennent dans le domaine des nerfs splanchniques et par les congestions qui peuvent en résulter. La pathogénie de ces hémorragies est encore très hypothétique. Quant aux varices œsophagiennes, elles sont, d'après M. Rendu, la conséquence d'une maladie du système veineux produite par l'alcoolisme.

M. Fernet lit un mémoire sur le **traitement des pleurésies purulentes par les infections intra-pleurales antiseptiques.**

M. Varior présente un cadavre d'enfant conservé par un procédé galvanoplastique. Le corps est recouvert d'une épaisse couche de bronze qui en assure la conservation indéterminée.

Dr H. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 octobre 1890

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

M. de Valcourt lit une note sur les mesures sanitaires adoptées aux Etats-Unis et en France pour combattre la propagation des maladies contagieuses.

M. Hervieux signale le fait du maire du XIIIe arrondissement qui a rendu obligatoire la revaccination dans les écoles de son arrondissement. Cette mesure a eu le plus grand succès.

De la dépopulation de la France. — M. Dujardin-Beaumetz, sans accepter la responsabilité de la note qu'il a déposée dans la dernière séance au nom de la Société contre l'abus du tabac, pense cependant que l'intoxication par le tabac peut diminuer la natalité, comme toutes les autres intoxications.

M. Lagneau ne partage pas cette opinion. Il partage l'avis de M. Rochard sur la nécessité d'améliorer l'hygiène des enfants. Il a assez insisté sur les inconvénients de la sédentarité dans les écoles. Mais les réformes proposées sont loin d'avoir été acceptées et mises en pratique. M. Lagneau signale la fréquence des avortements et l'inefficacité de la loi pour les prévenir. Il constate la diminution des décès, bien que, dans trente-deux départements, le nombre des décès soit plus fort que celui des naissances. Il signale enfin la diminution des mariages : il y en a 7,1 0/0 en moins. M. Lagneau s'occupe de l'influence de la dot des jeunes filles sur la diminution des mariages.

M. Guéniot lit le rapport sur le prix Daudet.

M. Le Dentu lit le rapport sur le prix Meynot.

BULLETIN DE LA SEMAINE

La mort d'un homme de bien. — M. le Dr G. Monod. — Un prochain débat académique. — M. le Dr Marjolin et les logements insalubres. — La question d'Orient des hygiénistes.

Les journaux de cette semaine ont annoncé la mort de M. le Dr Gustave Monod. Ancien déjà de cinq jours, cet événement n'est point de ceux que l'on doit laisser passer sans en rien dire.

Chirurgien honoraire des hôpitaux, ancien agrégé à la Faculté de médecine de Paris, âgé de quatre-vingt sept ans, un bel âge dans notre profession où trop souvent l'on meurt jeune, M. G. Monod n'appartenait plus depuis longtemps à la chirurgie militante.

Notre génération l'a donc peu connu. Nos *modernistes*, c'est, paraît-il, l'expression à la dernière mode, ne peuvent discuter pour savoir si en chirurgie il était antiseptique ou aseptique. Grave question !

Il ne laisse donc pas non plus après lui la réputation d'avoir inventé une de ces opérations inédites que l'on baptise d'un nom composé de vingt-cinq syllabes. Soit ! Mais je sais, et j'ai entendu dire que notre vénéré et regretté confrère était ce que dans la meilleure acceptation du mot, on appelle trop modestement *un praticien*.

Il avait un bon diagnostic, la main habile, le bistouri circonspect, et avec ces qualités, ou plutôt au-dessus d'elles, une probité professionnelle impeccable, l'amour de l'humanité et la passion de la charité; toutes vertus qui ne sont jamais vulgaires.

Ces mérites et ces vertus n'ouvrent pas nécessairement les portes du Panthéon, ou même celles de l'Académie. M. Monod n'appartenait pas à cette docte compagnie. C'est peut-être fâcheux pour le Panthéon et pour l'Académie. En tout cas, ils assurent une place d'honneur dans la mémoire des gens de cœur : c'est une compensation.

M. Monod appartenait à cette fraction de l'Eglise Réformée qui s'abstient de recevoir des subventions de l Etat et refuse son intervention dans le choix des pasteurs. C'était donc un libéral.

Il appartenait aussi à une famille dont les membres ont joué par leurs talents un rôle considérable dans l'histoire contemporaine du protestantisme français. Mais ce terrain n'est point le mien, je n'insiste pas.

Naguère, en manière d'épitaphe, on aurait sans doute écrit sur le tombeau de cet homme de bien : *preteribat benefeciendo* Aujourd'hui soyons plus fin de siècle. Je termine donc en disant de ce saint laïque : par sa générosité envers les pauvres, il a été le praticien de la charité; par sa science discrète et sa rectitude professionnelle, il doit, pour nous autres médecins, mes confrères, rester toujours « le praticien ».

Digitized by Google

***

Au reste, il y a comme cela, dans le corps médical, en Province et à Paris, des obstinés pour le bien public et le patriotisme. Ils sont infatigables, et, n'en déplaise aux gens d'humeur chagrine, leur ténacité jamais ne se rebute.

M. Marjolin est de ceux-là. C'est un patient et un dévoué quand il s'agit de cœur, de charité et d'hygiène des malheureux.

Il vient de le prouver en obtenant de l'Académie de mettre prochainement à l'ordre du jour la question de la législation des logements insalubres.

Ce problème n'est point nouveau. Depuis que l'Assemblée nationale a cru le résoudre en 1850, on le discute et il reste jusqu'ici comme la question d'Orient des hygiénistes.

Cette loi de 1850 est boîteuse. On ne l'applique point, et là où on prétend l'appliquer, on l'applique mal.

Elle autorise, mais n'oblige pas les municipalités à instituer des commissions des logements insalubres. De toutes les communes françaises vingt seulement en possèdent.

Là où ces commissions existent et délibèrent, ce sont les conseils municipaux qui décident.

Ils ne décident rien. Ils reçoivent bien les rapports. Ceux-ci sommeillent dans les cartons. Les cartons? Une institution respectable! Ce sont les cercueils où on ensevelit les réformes. Il y en a dans les plus modestes administrations.

Un an, deux ans, trois années; après le sommeil, l'oubli. Ou bien si l'on prend une décision, elle est fort discrète. Le propriétaire récalcitrant plaide devant le Conseil de préfecture. Nouveaux débats! nouveaux retards. Le logement demeure toujours insalubre. Et puis, bons hygiénistes, vous le regrettez, nous le regrettons, je le regrette aussi, mais que voulez-vous, un procès est toujours de mauvais effet. Il faut d'ailleurs ménager tout le monde, la chèvre du propriétaire et le choux du locataire. Après tout, c'est bien humain, — hélas! — à l'hygiène et à la santé publique près. A quoi bon reviser une loi qui autorise tout, même les municipalité à s'y soustraire? Autant vaudrait l'abroger et en rédiger une autre. Cette œuvre n'est point celle de l'Académie, et appartient, ce semble, au pouvoir législatif.

Après cela est-il téméraire de prévoir la nature d'un tel débat? Non, il sera doublement académique; par l'assemblée devant lequel courageusement on l'introduit et par les vœux dépourvus de sanction qui le termineront.

Dans cette circonstance l'Académie aura fait une fois de plus son devoir; M. Marjolin aura prouvé à nouveau la sincérité de son dévouement pour le bien public. C'est vrai encore, mais aussi c'est bien platonique.

Et nous, après avoir entendu ou lu les discours que la plupart de nos sénateurs et nos députés n'écouteront ou ne liront guère, — c'est l'usage, — nous en serons réduits à dire : honneur au courage malheureux.

CH. ELOY.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

En reproduisant sous cette rubrique, des extraits de la presse médicale, le **Journal des Praticiens** *a pour but de renseigner impartialement ses lecteurs. Il réserve donc formellement la liberté de ses appréciations et l'indépendance de sa critique.* N.D.R.

La pléthore médicale, l'enseignement médical et la réforme de l'exercice de la médecine en France. — Extrait du dernier numéro de l'*Année médicale de Caen.* Notre confrère distingué plaide la cause de « l'enseignement pratique de la médecine ». C'est celui, ajoute-il, que les officiers de santé reçoivent surtout dans les écoles secondaires et que les facultés, tout le monde sur ce point est d'accord, mesurent trop parcimonieusement. Il continue ainsi :

« C'est à ce point de vue que la suppression des officiers de santé nous semble inopportune. Il y a parmi eux d'excellents praticiens qui rendent de grands services au public en occupant des postes insuffisants pour les docteurs en médecine. On dit que maintenant ils affluent dans les villes; c'est qu'apparemment ils s'y trouvent mieux qu'à la campagne, mais il serait sans doute possible de s'opposer à cette émigration et de limiter leur exercice aux petits centres, là où réellement leur présence est utile aux populations pour la pratique des accouchements, la chirurgie d'urgence, etc. Il est absolument certain que, si on les supprime, les populations des campagnes se trouveront dépourvues de tout secours médical immédiat.

« Quant à les remplacer, comme le proposent les médecins de Clermont, par des *licenciés* en médecine, je ne vois là que le désir d'imiter ce qui se fait en Angleterre et en Amérique, où de l'aveu des journaux spéciaux, existe maintenant une pléthore de médecins, telle que, végétant misérablement dans leur patrie, ils envahissent de plus en plus les centres d'Europe. En France particulièrement, leur origine et leur titre exotique leur sert de réclame et ils se créent facilement une brillante situation au détriment des médecins français infiniment plus méritants. Ceux-ci sont déjà trop nombreux : ils ont à soutenir de la part des empiriques de toute sorte une trop rude concurrence; en fait, l'exercice de la médecine est libre et je crains fort qu'une loi soit impuissante à modifier cet état de choses. Il serait infiniment plus sage de ne pas stimuler actuellement la production des médecins par la création de Facultés nouvelles; il y a déja trop de jeunes gens qui, sans aucun patrimoine, se précipitent dans la carrière médicale, persuadés que c'est une mine d'or inépuisable, et qui n'y rencontrent que la misère la plus navrante et les déboires les plus inattendus. Les progrès de la civilisation moderne, en modifiant profondement les mœurs, ont bouleversé les conditions d'exercice de la médecine. Grâce à la vapeur, au télégraphe et maintenant au téléphone, la clientèle riche ou simplement aisée afflue dans les grands centres; le médecin de campagne n'a plus à faire que de la médecine gratuite et de la médecine officielle, — ce qui est tout un, — il se replie peu à peu dans les petites villes où il végétera de plus en plus; j'en connais qui, complètement découragés, quittent leur profession et s'en vont faire leur apprentissage comme dentistes. Et ce ne sont ni les moins instruits ni les moins méritants. Il est visible qu'il y a trop de médecins, et que leur répartition est mauvaise. C'est la conséquence d'une évolution sociale contre laquelle nous ne pouvons rien. Pour réformer la médecine, il faudrait réformer les mœurs, ce que les lois sont impuissantes à faire.

Science allemande et art américain. — *Un écho du Congrès de Berlin.* — Le *Médical record* du 4 octobre dernier répond ainsi aux appréciations enthousiastes de M. W. Osler sur l'état de la médecine en Allemagne et la supériorité scientifique de ce pays :

« On ne saurait dire si l'esprit commercial qui inspire notre profession est condamnable, ou s'il n'est point profitable au

Digitized by Google

progrès. Par la nature du milieu où ils vivent et par le caractère de leurs institutions nationales, les Américains ont été obligés de se livrer entièrement à l'art de la médecine.

« Chaque spécialité a été ingénieusement limitée, et avec un sage à-propos, apprécié à sa juste valeur. On peut dire, sans faire preuve de vanité, que le médecin américain est en toute chose un praticien perspicace, habile, aimable, profond dans ses jugements, prompt à l'action, patient et jamais ménager de sa personne.

« Il nous manque, il est vrai, une classe d'individus entièrement dévoués à la science et disposés à se contenter de ses profits. »

Allons : c'est donc vrai! Depuis que la modestie a quitté l'Europe, elle s'est réfugiée en Amérique!

INFORMATIONS

PARIS

Le nouvel impôt sur les spécialités pharmaceutiques. — Voici le texte du projet de loi sur la taxe des spécialités pharmaceutiques hygiéniques et de toilette soumis à la Chambre des députés.

Art. Ier. — A partir du 1er janvier 1891, la marque de fabrique ou de commerce et le timbre institué par la loi du 26 septembre 1873 pour la garantie de cette marque, sont rendus obligatoires en ce qui concerne les spécialités pharmaceutiques, hygiéniques ou de toilette. Sont compris sous cette dénomination, tous produits simples ou composés, à l'exception des eaux minérales naturelles, présentés comme médicamenteux, hygiéniques ou de toilette dont le fabricant ou le vendeur réclame la priorité d'invention ou la propriété exclusive ou dont il préconise la supériorité par voie d'annonce, de prospectus ou d'étiquette.

Art. II. — Il sera perçu par l'administration des contributions indirectes, pour chaque timbre apposé, un droit dont le tarif est ainsi fixé :

Produits dont le prix de vente au public est inférieur à 2 fr. ; vendus à l'intérieur, 10 centimes ; destinés à l'exportation, 2 centimes.

Produits dont le prix de vente au public est compris entre 2 francs et 4 fr. 95 ; vendu à l'intérieur, 20 centimes ; destinés à l'exportation, 4 centimes.

Produits dont le prix de vente au public est supérieur à 5 fr. : vendus à l'intérieur, 30 centimes ; destinés à l'exportation, 6 centimes.

Le prix de vente au public doit être indiqué d'une manière apparente sur l'étiquette. Les produits marqués du timbre d'exportation ne pourront circuler qu'accompagnés d'acquits à caution garantissant, en cas de non décharge, le paiement d'une amende égale au double du prix du timbre d'intérieur.

A l'égard des spécialités importées de l'étranger, il sera suppléé au timbre de garantie par un timbre mobile que l'administration vendra aux importateurs et dont les produits seront revêtus au moment de leur introduction sur le territoire de la République.

Il en sera de même à l'égard des produits de toute origine existant dans le commerce au moment de la mise en vigueur de la présente loi.

Art. III. — Un décret déterminera le mode et les lieux d'apposition du timbre, ainsi que les autres mesures d'exécution de la présente loi.

Art. IV. — La mise en circulation ou en vente de l'un des produits visés à l'article premier qui ne serait pas revêtu du timbre qui lui est applicable, la détention de boîtes, étuis ou flacons vides revêtus de timbres non oblitérés, ainsi que les autres contraventions aux dispositions de la présente loi et du décret rendu pour son application, sont punis de peines édictées par l'article 4 de la loi du 26 septembre 1873 indépendamment de la confiscation des objets saisis. Les procès-verbaux constatant les contraventions seront suivis comme en matières de contributions indirectes.

Art. V. — Les dispositions de la loi du 26 novembre 1873 sont maintenues en tout ce qui n'est pas contraire aux dispositions de la présente.

DÉPARTEMENTS

BOURGES. — **La médecine et les tribunaux.** — Le discours de rentrée des tribunaux a été lu par M. Leturc, substitut du procureur général. Il avait pour sujet : l'incapacité des médecins à recevoir les libéralités de leurs malades.

ÉTRANGER

AUTRICHE. — **Statistique démographique.** — En 1889, on a compté 646,787 décès, soit 27,25 par 1,000 habitants, chiffre obituaire inférieur à celui des dix dernières années.

La natalité s'est élevée à 898,350, en augmentation de 8,449 sur 1888. On comptait 1,064 garçons pour 1,000 filles.

PORTUGAL. — **Statistique universitaire.** — Pendant l'année 1888-89 on a compté : 117 étudiants à la Faculté de médecine de Coimbre, 115 à l'Ecole médico-chirurgicale de Lisbonne et 164 à celle d'Oporto.

RUSSIE. — **Institut bactériologique de St Pétersbourg.** — Pétersbourg possédera bientôt un institut spécial pour l'étude des maladies contagieuses. Cet établissement, dû à la munificence du prince Alexandre Petrovitch d'Oldenbourg, se composera de plusieurs pavillons affectés aux études bactériologiques. Le corps de logis principal contiendra une salle d'opérations, une salle de cours, cinq cabinets pour les professeurs, de vastes laboratoires munis d'un riche matériel, des chambres spéciales pour les études microscopiques, etc.

L'éclairage sera électrique et très abondant. Les savants qui travailleront à l'institut auront à leur disposition des buffets, une salle à manger et même des chambres à coucher. Les frais d'établissement de cet institut s'élèvent à un million six cent cinquante mille francs.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Corps de santé de la marine. — Le ministre de la marine a accordé des témoignages de satisfaction : 1° à M. le Dr Ortal, pour son travail sur *l'emploi de l'antipyrine à bord des bâtiments* ; 2° à M. Porte, pharmacien principal, pour ses *Recherches sur le cassia alata* ; 3° à M. le Dr Castellan, pour son *Histoire médicale de la campagne du Volage.*

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Astaix (de Limoges), Michon (de Marseille), Coursières (de Dieppe), ancien médecin militaire ; Olive (de Marseille), Millet (de Beaucaire), Bourguet (de Beziers), Lefebvre, médecin de la marine, Pernin (de Marchoux), Brémond et Monod (de Paris) et Burgun, de Villerupt (Meurthe-et-Moselle).

En Allemagne : M. le Dr von Rotteck, professeur extraordinaire de médecine à l'Université de Fribourg.

En Autriche : M. le Dr Wenzel L. Gruber, professeur honoraire à l'Académie médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg, tchèque de nationalité et auteur de nombreux travaux anatomiques qui ont été publiés dans les Archives de Virchow.

En Danemark : M. le Dr Lehmann, professeur d'ophtalmologie à la Faculté de Copenhague.

Le Directeur-gérant : HENRI HUCHARD.

Digitized by Google

Paris. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE
JOURNAL DES PRATICIENS
DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY
Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, CHAPUT, DEMELIN, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWALTZ

CLINIQUE CHIRURGICALE

Faculté de Moscou. — M. le Dr SKLIFFASSOWSKY.

Du diagnostic des tumeurs de l'abdomen et en particulier des tumeurs stercorales.

On observe la constipation beaucoup plus fréquemment chez les habitants des villes que chez ceux de la campagne, parce que les premiers s'écartent plus que les seconds des simples règles de l'hygiène, font plus d'excès et vivent d'une manière plus raffinée. Aussi sont-ils beaucoup plus sujets aux maladies graves dépendant de constipation rebelle. Quand celle-ci existe, c'est que les mouvements péristaltiques de l'intestin sont affaiblis et c'est là la cause la plus habituelle de l'arrêt des matières fécales qui peuvent constituer à un moment donné, soit de véritables pierres (entérolithiase), soit même des tumeurs volumineuses. Tout obstacle mécanique ou dynamique au cours des matières siégeant dans l'intestin peut amener les mêmes phénomènes, par exemple une coudure, une torsion, ou bien encore la parésie qui résulte d'un étranglement, voire la péritonite, tel encore le rétrécissement cicatriciel ou organique du calibre intestinal.

L'entérolithiase se trouve assez fréquemment chez les ruminants et les solipèdes. Chez l'homme, les pierres fécales sont plus rares et on les rencontre le plus souvent dans le gros intestin, dans le cœcum, l'appendice vermiforme et dans l'ampoule rectale. Dans l'ilium elles sont rares et ne se voient guère que dans la portion paracœcale où s'arrêtent quelquefois des corps étrangers provenant du dehors ou venant de la vésicule du fiel (calculs biliaires). On distingue deux espèces d'amas stercoraux; les uns ressemblent à une pâtée très dense ou à de l'argile pétrie ; les autres, véritables pierres intestinales ou coprolithes, sont composées de sels calcaires (phosphates de calcium, de magnésium, d'ammonium) et de différents corps organiques non digérés.

Souvent ces masses donnent lieu à des erreurs de diagnostic ; on les prend pour des tumeurs de l'estomac, de l'intestin, du foie, de la rate, des reins et même des ovaires et de l'utérus. Si improbables qu'elles paraissent, ces erreurs arrivent et surprennent le chirurgien le mieux avisé, et cela parce que les tumeurs fécales ne constituent pas un obstacle au cours des matières qui se creusent le long d'elles de véritables canaux qui leur livrent passage ; il en résulte qu'elles peuvent persister des mois entiers avec la même physionomie, la même configuration, les malades allant régulièrement à la selle.

Je vous citerai, à ce propos, l'exemple d'une femme de cinquante ans atteinte d'un cancer du sein qui souffrait de temps en temps de débâcles diarrhéiques sans cause appréciable. Elle eut un jour quelques troubles urinaires qui poussèrent le médecin à toucher le vagin; quelle ne fut pas sa surprise de trouver une énorme masse fécale remplissant tout le rectum simulant une tumeur qui ne put être enlevée qu'avec une cuiller de métal ; à partir de ce moment toute diarrhée disparut.

Quand l'amas de matière ou le coprolithe se trouve dans le rectum, il est facile de constater sa nature par le toucher rectal, mais si le bouchon se trouve dans l'intestin, le diagnostic devient bien plus difficile.

On dit bien que les néoplasies se distinguent en ce que en comprimant une masse de matières on la fait changer de forme, cela est bel et bien quand on peut le constater ; mais il est rare qu'on puisse comprimer, à travers les téguments de l'abdomen, suffisamment pour amener un changement de volume, de forme et de situation. De plus, lorsque la coprostase date de longtemps, il peut se produire dans le tube digestif et autour de lui toute une série de modifications qu'il faut connaître et qui donnent au mal une allure spéciale. On observe le catarrhe de la muqueuse, des ulcérations qui peuvent amener une perforation et la péritonite ordinairement adhésive. Quelquefois l'intestin adhérent se courbe, il se rétrécit, sa perforation peut amener des suppurations plus ou moins étendues ; à un moment donné le tableau de l'obstruction complète peut venir dominer la scène pathologique et l'on peut hésiter alors entre une obstruction par invagination, par tumeur organique, etc., etc. C'est dans ces cas que la guérison a pu être amenée par le massage, l'électricité, l'absorption de mercure métallique, les lavements de jus de tabac, etc., etc.

Comme confirmation de ce que je viens de vous rapporter, voici le fait que vous avez pu observer avec moi à la clinique chirurgicale de la Faculté de Moscou :

Kopteff (Démétrius), âgé de vingt-six ans, chaudronnier, est entré dans notre service le 24 janvier 1889, se plaignant d'avoir dans le ventre une tumeur qui grossissait peu à peu. L'examen permet de constater que le ventre est ballonné ; ce ballonnement est plus accusé dans la moitié supérieure et à droite. Il n'empêche pas de sentir du côté gauche une tumeur grosse comme une tête d'enfant, mobile dans tous les sens, mate à la percussion et de consistance solide.

Sa partie inférieure, qui est assez facile à atteindre avec les doigts, est épaissie, arrondie, et a deux encoches bien distinctes.

Digitized by Google

Quand on percute l'abdomen, on constate que la matité hépatique a complètement disparu, qu'elle est remplacée par de la sonorité dans tout l'hypochondre droit et sous les fausses côtes du même côté. La tumeur est légèrement douloureuse à la pression.

L'état général du malade n'est pas brillant; il est pâle, anémique, assez maigre; il raconte qu'il est souvent constipé et qu'il est obligé de prendre des lavements, après lesquels il y a des debâcles diarrhéiques; il souffre assez souvent au niveau de la tumeur. Pas d'antécédents héréditaires notables; lui-même est nerveux; il a toujours été sujet aux constipations; il y a six ans, il a eu une rétention d'urine qui a nécessité un cathétérisme; il y a deux ans, il a commencé à éprouver une pesanteur constante dans l'abdomen, les constipations sont devenues opiniâtres et rebelles et ont nécessité des purgations énergiques, voire même le lavage de l'estomac. C'est à ce moment qu'on a observé la tumeur, qui depuis a grossi de plus en plus On s'est aussi servi des massages et de la faradisation.

De quelle nature est cette tumeur? Comme il existait une relation entre son apparition et son augmentation de volume et la constipation, j'ai pensé à la tumeur stercorale; mais je l'ai exclue, parce que, par des examens répétés, il a été impossible, malgré tous les efforts, de la faire changer de forme et de volume.

Pouvons-nous penser à un foie mobile? Il y a certainement des raisons pour; la tumeur a, en effet, ses dimensions; elle est aplatie; elle a deux échancrures au niveau de son bord inférieur; elle est dure et mobile; de plus, la matité hépatique normale a, comme je l'ai déjà dit, complètement disparu.

Le foie, comme vous le savez, est fixé d'un côté par des ligaments coronaires et triangulaires, de l'autre, par la pression réciproque de tous les viscères abdominaux; que ces moyens de fixation viennent à se relâcher, et il pourra en résulter des déplacements de la glande biliaire. Landau en a réuni trente et une observations: vingt-sept chez les femmes, quatre chez les hommes. Trois autopsies n'ont pas confirmé le diagnostic qui avait été posé. C'est ainsi que, dans le cas de P. Müller, on prit pour un foie mobile un cancer de l'épiploon et une tumeur kystique de l'ovaire; dans ceux de Legg et de Smith, on a trouvé des néoplasmes des reins, tandis que le foie occupait sa situation normale. De toutes façons, le foie ne peut jamais dépasser certaines limites, et, certes, si, dans notre cas, il s'agissait d'une lésion pareille, il y aurait, par suite de la coudure de la veine cave inférieure, un trouble des fonctions de ce vaisseau incompatible avec la circulation. Aussi laisserons-nous de côté cette opinion qui ne me paraît pas soutenable et que je n'ai émise que pour montrer combien, si l'on se prêtait aux symptômes sans chercher à les interpréter, on pourrait facilement commettre une erreur de diagnostic.

En somme, il est impossible de porter un diagnostic précis, et l'opération seule, qui est indiquée parce qu'il y a certainement oblitération ou rétrécissement de l'intestin, nous permettra de reconnaître à quelle lésion nous avons affaire.

La laparotomie fut faite le 9 février 1889: une incision de 12 centimètres sur la ligne médiane, permet de voir un énorme sac qui remplit tout l'abdomen et recouvre les organes qui y sont contenus. On reconnaît rapidement que les appendices épiploïques s'insèrent à sa gauche, que sa surface est striée longitudinalement, qu'il s'agit en un mot du gros intestin colossalement distendu et gros comme une cuisse d'adulte, il repose sur le côlon transverse et l'estomac situés derrière lui. La tumeur dure qu'on sentait à travers la paroi est dans la partie inférieure de la poche; au toucher elle est encore solide, dure, bosselée; mais on peut néanmoins y imprimer les doigts, la tirer en longueur, la malaxer. Cela fait, le ventre est refermé par la suture en étages et le malade reporté dans son lit. L'opération a duré 1 heure 45 minutes. Voici quelles en ont été les suites. Quelques vomissements pendant les deux premiers jours, mais température normale. Le troisième jour, trois selles diarrhéiques et sanguinolentes avec une assez grande quantité de matières solides; la température est montée à 38°8. Ces matières contenaient en grande quantité des pépins de citrons et d'oranges.

Les jours suivants nouvelles débâcles; le sixième jour il se produit une désunion des lèvres de la plaie abdominale par suite de la section des sutures; il se fait une grande éventration, heureusement que l'épiploon partout adhérent recouvre les organes profonds et empêche leur issue Cependant le malade maigrit, tousse; les sommets se prennent, la plaie abdominale se cicatrice lentement et à grands renforts de greffes. En automne les phénomènes pulmonaires prennent le dessus et l'opéré succombe le 31 décembre 1889.

L'autopsie a montré des adhérences intimes entre la paroi abdominale antérieure et les viscères sous-jacents. La poche intestinale occupe tout le côté droit et en partie le gauche; elle est constituée par la partie mobile du gros intestin, c'est-à-dire l'S iliaque. La dilatation commence à 12 centimètres de l'orifice anal; la longueur de la partie dilatée est de 77 centimètres; le diamètre de la portion la plus large est de 18 centimètres; à 15 centimètres de l'anus se trouve une ulcération de 1 1/2 de diamètre; un peu plus haut une autre beaucoup plus longue et plus large et plus ancienne. Les parois de la poche sont considérablement épaissies. L'estomac est dilaté, le foie est repoussé en arrière et en haut. Il y a de l'athérome des valvules cardiaques; tubercules du poumon droit; infiltration purulente des deux poumons. Il résulte de l'autopsie qu'il s'est fait en même temps que la dilatation de l'S iliaque, une véritable torsion de l'anse intestinale qui l'a rejetée à droite. La dilatation s'est faite au-dessus des ulcérations qui sont de nature tuberculeuse; celles-ci sont probablement la cause immédiate de la lésion et non la conséquence, et leur présence explique les pertes de sang subies pendant les premières évacuations après l'opération. Telle est, messieurs, l'observation sur laquelle je tenais à appeler votre attention. Si j'ai insisté, c'est qu'elle présentait un bel exemple de tumeur stercorale, qu'elle apprenait combien le diagnostic des tumeurs de l'abdomen est difficile, et comment on peut se laisser entraîner à une

Digitized by Google

erreur. Dans le cas actuel en effet, à côté des troubles intestinaux, existait dans l'abdomen une tumeur qui, par ses dimensions et son contour, ressemblait au foie; elle se déplaçait facilement tandis que dans l'hypochondre droit manquait la matité hépatique. N'était-il pas naturel d'admettre avec quelque probabilité la possibilité d'un déplacement du foie?

LA RÉFORME DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL (1)

IV. Le concours d'agrégation. (*Suite.*)

J'ai démontré quelques uns des inconvénients et des vices du concours actuel d'agrégation. Mais il ne suffit pas de détruire, il faut reconstruire. Je dois des conclusions. Les voici :

1° *Composition des jurys.* — Actuellement, les professeurs se nomment entre eux, et quoiqu'il soit étrange de voir un chimiste, un pharmacologiste, un physicien, un botaniste et un chirurgien appelés à voter sur les mérites d'un candidat à une chaire de pathologie interne, par exemple, ce mode de recrutement n'a pas donné jusqu'ici de trop mauvais résultats. Les choix des professeurs sont presque toujours heureux ; ils ne s'égarent jamais sur des médiocrités, et savent trouver des hommes de talent, le plus souvent désignés déjà par l'opinion publique. Sait-on pourquoi? C'est parce que le jury pour la désignation des professeurs est nombreux, c'est parce qu'il se compose de trente à quarante personnes, tandis que celui des hôpitaux et de l'agrégation n'est que de sept à dix juges au plus. Or, les fameuses « combinaisons » dont j'ai parlé se font plus difficilement, et les intrigues sont moins à craindre lorsque le nombre des juges est plus grand.

D'après ces principes, tous les médecins des hôpitaux de Paris, sans exception, devraient être appelés pour le concours du bureau central, à voter sur la première épreuve, celle des titres scientifiques. Pour les deux autres (épreuve de consultation écrite ou de clinique thérapeutique, épreuve clinique de deux malades), il y aurait deux jurys *différents*, composés chacun d'au moins quinze ou vingt membres.

D'après ces mêmes principes, les travaux scientifiques des candidats à l'agrégation « des Facultés de France » seraient soumis au vote de *tous* les professeurs de médecine ou de *tous* les professeurs de chirurgie de *toutes* les Facultés de France, suivant qu'il s'agit d'un concours de médecine ou de chirurgie.

Avec ce système, je le répète, les fameuses « combinaisons » qui nuisent tant à la justice et à la considération des divers concours ne pourraient plus se donner aussi libre carrière.

2° *Composition des épreuves.* — Que doit-on demander à un agrégé? Deux choses : Savoir, et savoir enseigner. De là, deux épreuves : la première, la plus importante, l'épreuve sur titres scientifiques, jugée comme je viens de le dire ; la seconde, qui aurait lieu à tour de rôle, tous les ans, dans chacune de nos Facultés (car on ne sait pourquoi Paris est toujours favorisé et paraît tenir en tutelle les Facultés de province), cette épreuve consistant dans une leçon d'une heure faite sur un sujet préparé vingt-quatre heures à l'avance. Mais cette épreuve ne doit pas avoir une grande importance ; elle n'est qu'une formalité, puisqu'elle est seulement destinée à montrer que le candidat sait bien exposer ses idées et parler en public.

3° *Nombre des agrégés.* — Comme à l'étranger, et pour ne pas décourager les travailleurs, ce nombre doit être illimité, il doit comprendre tous ceux qui sont dignes du titre ou des fonctions de privat docent ou d'agrégé. C'est là une réforme capitale et urgente, car on connaît les graves inconvénients du nombre trop restreint des agrégés dans chacune de nos Facultés.

On voit dès lors les avantages et la justice du concours d'agrégation compris comme je viens de le dire. Par l'importance que l'on donne aux mémoires originaux, on récompense et on encourage tous les travailleurs sans distinction; on augmente notre patrimoine scientifique; on tient la balance un peu plus égale entre ceux qui font avancer la science par leurs recherches personnelles, et ceux qui pâlissent pendant des années sur leurs livres, sans profit pour la science ; on permet aux médecins de province trop délaissés de viser, loin de Paris, aux plus hautes destinées médicales ; on ne ferme pas la voie des concours, rendus plus accessibles, à ceux que leur situation de fortune ne permet point d'abandonner leur clientèle pendant les trois mois de durée du concours actuel d'agrégation ; on porte un coup à la centralisation scientifique et universitaire, l'une des plaies de notre enseignement.

V. L'Enseignement médical à l'Étranger.

A l'étranger, les conditions du concours pour le titre de privat-docent (analogue à celui de professeur agrégé dans nos Facultés) sont à peu près semblables à celles que je viens de proposer. Mais il est intéressant de savoir comment on arrive privat docent, et comment on se forme à l'enseignement, en Allemagne, par exemple.

Suivons, avec M. Leloir (de Lille), un étudiant allemand qui, devenu docteur, désire embrasser la carrière universitaire et veut, par exemple, se consacrer à l'enseignement de la dermato-syphiligraphie (et ce que nous allons dire à ce sujet est applicable à toutes les autres branches de l'enseignement médical) (1).

Si l'élève fait preuve au près d'un de ses maîtres, de zèle et d'intelligence, il sera choisi par lui comme *assistant* (situation intermédiaire entre celle d'interne et de chef de clinique chez nous). Il est nommé pour deux ans, mais il peut être, sur la simple proposition du professeur, prorogé pour une ou deux nouvelles périodes, et c'est ainsi qu'un assistant a le droit de rester dans ses fonctions pendant quatre, six et même huit ans (2). — Quand ce temps d'assistanat est expiré, s'il veut être reçu *privat docent* d'une Université, il n'a qu'à présenter

(1) Suite et fin : Voir les nos 38, 40 et 41.

(1) Leloir. — Organisation de l'enseignement de la dermatologie et de la syphiligraphie dans les Universités allemandes et austro-hongroises (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, Paris, 1887).

(2) Les appointements de l'assistant ne sont pas inférieurs à 1.500 francs par an.

Digitized by Google

un mémoire original important pour être nommé. Une fois docent, il demande et obtient l'autorisation de faire des cours de maladies cutanées et syphilitiques. — Enfin, s'il obtient du succès dans son enseignement, il peut être appelé comme professeur *extraordinaire* (sorte de professeur chargé de cours), ou encore de professeur *titulaire* ou *ordinaire*, dans l'une des Universités allemandes; il peut même être appelé dans les Universités étrangères, et c'est ainsi que les Allemands font de l'exportation et de la propagande scientifiques.

On conçoit, — dit M. Leloir, — l'influence colossale qu'un pareil état de choses exerce, « non seulement sur la propagation de la science allemande, mais encore de l'influence politique de l'Allemagne », et cela en Europe et même dans le monde entier. C'est ainsi qu'il y a des professeurs allemands et austro-hongrois dans les Universités de Suisse, d'Italie, de Belgique, de Hollande, en Amérique et jusqu'au Japon, à Tokio.

Enfin, si les succès du professeur s'affirment davantage, celui-ci a toujours l'espoir de passer d'une Université dans une autre plus importante.

L'enseignement médical devient ainsi une vraie carrière, et à Vienne, le célèbre professeur Hébra est resté pendant quarante années de son existence à la tête d'un service de maladies de la peau.

En France, rien de semblable n'existe, et à ce sujet, dès 1881, MM. Besnier et Doyon, dans leur admirable introduction au traité des maladies de la peau de Kaposi, s'exprimaient en ces termes :

« Avec notre organisation surannée, le médecin que le hasard (le hasard seul, qu'on ne veuille pas l'oublier) des mutations hospitalières amène à l'hôpital Saint-Louis, a déjà atteint la quarantième année ; souvent, il n'y parvient que beaucoup plus âgé. Jusque-là, il a exercé, enseigné même souvent, la médecine générale ; mais il peut n'avoir jamais étudié particulièrement la dermatologie ou n'avoir prouvé aucune aptitude pour l'enseignement... » Il résulte du système des mutations hospitalières en honneur chez nous, que « les médecins qui parviennent à l'hôpital Saint-Louis n'y font jamais leurs débuts qu'à une période déjà avancée de leur carrière médicale et hospitalière ».

Comme le font encore remarquer MM. Besnier et Doyon, c'est à Vienne qu'affluent maintenant les étudiants et les médecins étrangers qui veulent faire leur éducation dermatologique, et cependant l'hôpital Saint-Louis, avec ses 600 malades internes, avec un nombre de 300 malades qui viennent tous les jours aux consultations externes, avec son incomparable musée, reste « le plus merveilleux champ d'études du monde entier. » L'administration a donc un devoir patriotique à remplir en organisant, en encourageant toujours l'enseignement dans les hépitaux. A-t-elle été à la hauteur de sa tâche et de sa mission?...

Lisons, d'autre part, ce que M. Lejars (prosecteur à la Faculté de médecine de Paris) dit de l'enseignement médical en Allemagne (1) :

« Nous rapporterons à trois chefs les caractères d'originalité de l'enseignement allemand : 1° L'enseignement, et, en particulier, l'enseignement médical, est, à lui seul, une carrière; 2° il y a décentralisation au sein de chaque Université; 3° il y a décentralisation entre les Universités... La décentralisation, dans tous ses modes, est l'esprit même de l'enseignement allemand ; elle existe au sein de chaque Université, elle existe entre les Universités, elle est, semble-t-il, la plus solide assise de leurs succès. En donnant à chaque professeur une autonomie presque entière, un institut séparé, un personnel qu'il choisit, on lui crée une responsabilité effective et personnelle; sa situation n'en devient que plus haute et plus enviable. La Faculté est transformée en une série de centres d'enseignement, centres autonomes, associés dans un but commun, mais qui fonctionnent indépendants. — Le professeur qui choisit lui-même ses assistants et ses aides est en droit d'attendre beaucoup de son personnel; et, d'autre part, nul n'est intéressé plus que lui à ne choisir comme assistants, comme aides, comme prosecteurs, que des hommes capables de remplir au mieux leurs fonctions et de produire par eux-mêmes ; la renommée du maître en grandit, et voilà comment les abus du choix s'effacent devant la situation spéciale du professeur chef d'institut ».

A Vienne, comme le fait remarquer M. Gouguenheim, après tant d'autres (1), l'hôpital général (*Allgemeine krankenhaus*) qui renferme près de 3,000 malades, est le grand centre universitaire pour l'enseignement médical. « C'est là que sont rassemblées toutes les cliniques médicales, chirurgicales et spéciales, telles que la gynécologie, la pédiatrie, les affections nerveuses, de la peau, celles des yeux, des oreilles, du larynx et du nez, etc., et que professent les hommes les plus considérables de la médecine viennoise. » C'est ainsi que les étudiants peuvent, dans la même journée, sans trop se déranger, assister tour à tour à des cours de médecine, de chirurgie, de gynécologie, de pédiatrie, de dermatologie, etc., d'autant plus que ces divers cours ne se font jamais aux mêmes heures.

A Paris, nous avons, comme à l'Hôtel-Dieu, à la Pitié, à la Charité, etc., des hôpitaux de 700 à 800 lits avec 5 ou 6 services de médecine. L'administration a-t-elle fait son devoir en songeant à créer dans chaque hôpital des centres d'enseignement, et en réunissant, dans des services séparés et spéciaux, des malades atteints d'affections utérines, de maladies du larynx, de la poitrine, des yeux, de la peau, etc. ? A-t-elle songé à l'instruction des élèves, a-t elle su et voulu ne pas laisser improductifs tous ces trésors d'enseignement?...

En France, le nombre des cours et des professeurs est très limité, et c'est ainsi que pour 4,000 étudiants, il y a 34 professeurs, autant d'agrégés et de cours.

A l'Université de Leipzig, qui ne renferme que 660 étudiants, il y a 44 cours de médecine, 10 de plus qu'à Paris où le nombre des étudiants est six fois plus grand. A Berlin, le personnel enseignant se compose de 102 pro-

(1) L'enseignement de la chirurgie et de l'anatomie dans les Universités de langue allemande (*Progrès médical*, numéros 43 et suivants de 1888).

(1) Rapport sur l'enseignement de la laryngologie et de la rhinologie à l'Université de Vienne. Paris, 1887.

Digitized by Google

fesseurs (15 professeurs ordinaires, 28 professeurs extraordinaires, 59 privat-docenten) pour 1,100 étudiants. Il faut encore ajouter — dit M. Lejars — qu'un certain nombre de professeurs, des professeurs extraordinaires ou des privat-docenten, font plusieurs cours, ce qui accroît d'autant le nombre total. Le relevé des cours faits pendant l'hiver de 1888 à la Faculté de médecine de Berlin, donne les chiffres suivants: Histoire de la médecine, 2; Anatomie, 16; Physiologie, 11; Anatomie pathologique, 4; Médecine, 42; Thérapeutique, 5; Chirurgie et maladies cutanées, 23; Ophtalmologie, 12; Otiatrie, 4; Maladies des femmes, 15; Médecine légale et hygiène, 9; etc., etc.; soit, en comptant les cliniques, 162 cours, et, de plus, 65 autres cours exclusivement pratiques.

A Paris, pour un nombre d'étudiants près de quatre fois supérieur à celui de la Faculté de Berlin, il y a quatre fois moins de cours cliniques ou pratiques.

VI. — L'enseignement médical en France

En France, les professeurs sont toujours, sauf une ou deux exceptions, choisis parmi les agrégés. Dès lors, l'agrégation doit être, comme nous l'avons vu à l'étranger, une école ou un apprentissage d'enseignement? Pas le moins du monde. Les agrégés sont chargés de cours par exception (1), et pendant les neuf années que durent leurs fonctions, ils sont obligés de se livrer le plus souvent à des occupations très récréatives et bien capables de les former à l'enseignement : ils font passer des examens!

On en a vu cependant, dont les cours *libres* à l'hôpital, ont obtenu d'énormes succès pendant un grand nombre d'années. Ils avaient donc fait largement leurs preuves, et vous pensez sans doute qu'ils ont dû revêtir de bonne heure la robe professorale? Nullement. Ces succès ne comptent pas, ou plutôt ils comptent... pour l'ajournement de leurs légitimes espérances. A ce sujet, on pourrait rappeler des faits récents, citer des noms. Je m'en garderai bien, parce que dans une question de cette gravité, je me suis promis de ne me livrer à aucune personnalité.

Un jour, une chaire devient vacante à la Faculté. C'est, par exemple, une chaire de thérapeutique, de pédiatrie, d'ophtalmologie, de psychiatrie ou de dermatologie. Où sont les agrégés que leur enseignement ou leurs travaux désignent pour ces chaires spéciales? Il n'y en a pas; d'abord, parce que le chiffre des agrégés est trop restreint; ensuite, parce qu'en France l'enseignement des spécialités est loin d'être en honneur. Les agrégés sont tenus d'être encyclopédistes, et d'un jour à l'autre, lorsqu'ils sont nommés professeurs, ils sont obligés d'apprendre spécialement la thérapeutique, la pédiatrie, l'ophtalmologie, etc., au moment même où ils doivent enseigner ces branches de la médecine à leurs élèves. Ils finissent par se spécialiser quand ils auraient dû commencer par là, et quelques-uns même n'ont qu'une seule pensée : abandonner, par permutation, leur chaire, lorsqu'une autre pour laquelle ils étaient plutôt destinés, devient vacante. Hé bien, je ne crains pas de l'avouer : Malgré ces longs retards, malgré ces inconséquences, nos professeurs improvisés tout à coup spécialistes font, pour la plupart, honneur à leur nouvelle situation, ce qui prouve, une fois de plus, la puissance intellectuelle de notre race. Mais, comme autrefois, ils seraient les premiers professeurs du monde, s'ils s'étaient, à l'instar de l'étranger, initiés de bonne heure aux études spéciales.

Puisque le nombre des agrégés est trop restreint, il y a eu autrefois, pour ne parler que des morts, des hommes qui s'appelaient Ricord, Gibert, Biett, Bazin et Hillairet. Sans doute, la Faculté leur a ouvert autrefois largement ses portes, estimant que c'était un grand honneur pour elle? Nullement. A jamais, les portes de la Faculté leur sont restées fermées, parce que, pour le plus grand nombre au moins, le concours de l'agrégation qu'ils n'ont pu subir pour des causes diverses (maladies au moment du concours, manque de fortune, etc.), n'a pas prononcé solennellement le fameux *dignus intrare. — Dura, absurda lex, sed lex!*

Quelques-uns de mes collègues et contemporains se rappellent ce savant laborieux, Duchenne (de Boulogne), qui étudiait avec une si discrète modestie, dans le fond d'une salle d'hôpital, des malades abandonnés et des maladies inconnues. Pendant que passait superbement près de lui le cortège de la science officielle, ce grand homme faisait en silence ses inoubliables découvertes. N'étant rien à l'Hôpital, rien à l'Académie, rien à la Faculté, — comme je l'ai rappelé dès 1883 dans mon introduction au Traité des névroses, — cet infatigable travailleur sut prouver une fois de plus que ni les positions officielles, ni les titres honorifiques ne font les grands médecins, et créer au milieu du chaos des affections médullaires, décrites par Ollivier (d'Angers), des maladies nouvelles et des types morbides comme l'ataxie locomotrice progressive, l'atrophie musculaire, la paralysie atrophique de l'enfance, les paralysies générales spinales, la paralysie pseudo-hypertrophique ou myo-sclérosique, la paralysie labio-glosso-laryngée. Hé bien! on ne peut songer sans tristesse aux autres travaux qu'il eût encore accumulés si ce grand chercheur, qui n'avait ni la « bosse » des concours, ni l'étoffe d'un concurrent, eût été chargé d'un service d'hôpital spécialement affecté à l'étude des maladies nerveuses. Il n'avait pas un grand talent professoral,

(1) Sous la pression de l'opinion publique, les Facultés de médecine comprenant l'insuffisance de l'Enseignement professoral, ont organisé à regret des « cours auxiliaires » confiés à des agrégés. On permet à ceux-ci, par tolérance, de faire des leçons théoriques; mais, pourquoi ne font-ils pas de cours auxiliaires de clinique générale ou spéciale dans les hôpitaux, et pourquoi ne pas les autoriser à recevoir une rétribution directe des élèves? Il est vrai que, d'ordinaire, les cours des agrégés sont beaucoup plus suivis que ceux des professeurs, ce qui est peut-être (en France, du moins), un inconvénient pour les agrégés..... Une histoire *vraie* à ce sujet : M. X..., agrégé d'une grande Faculté de médecine, avait de très nombreux auditeurs à son cours auxiliaire. Un jour, un de ses collègues, devenu depuis professeur (assez tardivement, sans doute en raison de ses succès dans l'enseignement libre), lui frappa sur l'épaule et lui dit spirituellement : « Vous ne voulez donc pas arriver au professorat? » — « Pourquoi? » — « Mais, mon ami, vous avez trop d'élèves!... »

Digitized by Google

j'en conviens; mais on enseigne mieux ce que l'on connait bien. Les élèves auraient été en foule attirés vers lui par l'appât de la nouveauté, et il a manqué à l'honneur de la Faculté, qui l'a méconnu et ne l'a pas nommé au moins professeur extraordinaire.

Que si l'on tient à respecter les droits acquis, que si l'on ne veut pas — ce qui se comprend encore — assimiler un professeur sorti de l'agrégation à un savant qui n'a pas subi ce concours, pourquoi donc ne pas nommer ce dernier, s'il en est digne, professeur extraordinaire? Car enfin, pendant des années, par ses travaux personnels, ou par son enseignement, il a fait largement ses preuves, un peu plus qu'un jeune agrégé qui, par un concours plus ou moins brillant de quelques semaines, n'a donné que des preuves d'érudition ou accompli des prouesses de mémoire!

Une histoire à ce sujet: Pendant mon séjour en Russie, je vis, dans une Faculté de médecine, deux professeurs de syphiligraphie. L'un d'eux, alors qu'il était simple assistant, faisait déjà des cours suivis par des élèves dont le nombre, chaque jour, augmentait. Or, le gouvernement russe, en récompense des services que ce médecin avait rendus à l'enseignement, en récompense de ses efforts, le nomma d'emblée professeur extraordinaire. Il est au moins curieux de voir l'autocratique Russie donner des leçons de libéralité et d'égalité devant le talent à la France démocratique!

J'ai dit que les deux conditions du succès de l'enseignement sont l'*émulation* et la *concurrence*. Pour cette raison, les professeurs devraient, comme à l'étranger, passer d'une Faculté dans une autre; ils devraient être payés par les élèves eux-mêmes, et chaque branche de la médecine devrait avoir au moins deux professeurs. A Vienne, par exemple, il y a plusieurs professeurs qui enseignent la laryngologie, l'otologie, la gynécologie, etc., et qui se partagent les faveurs des élèves, et l'on n'y voit pas, comme dans certaine grande Faculté de médecine de notre pays, des cours largement rétribués par l'Etat et suivis par cinq à dix auditeurs!

A l'étranger, depuis longtemps, chaque spécialité de la médecine et de la chirurgie a ses professeurs. En France, on a déjà fondé des chaires spéciales pour les maladies nerveuses, les maladies mentales, les voies urinaires, l'ophtalmologie, la pédiatrie. Pourquoi s'arrêter en si beau chemin, et n'est-il pas urgent de fonder des chaires de laryngologie, de clinique thérapeutique, de gynécologie, de bactériologie, etc? Cela serait certainement préférable à la conservation de cours absolument inutiles, par exemple, des cours théoriques d'anatomie, de pathologie interne et externe, etc.

A ce sujet, ne sait-on pas qu'à la Faculté, beaucoup de cours ne sont pas suivis par les élèves parcequ'ils demandent plusieurs années pour être complets? Tout le monde reconnait le besoin d'une réforme radicale à ce point de vue, et Dujardin-Beaumetz comparant l'enseignement médical de la Russie et de la France, s'exprime en ces termes (1) :

« On pourrait rendre plus pratique l'enseignement de la Faculté et exiger, par exemple, des professeurs et des agrégés qu'ils ne fragmentent pas leurs cours en un trop grand nombre d'années; comme elle est enseignée à la Faculté, la pathologie interne ou externe demanderait cinq ou six années, on voit, en effet, des professeurs consacrer à la pneumonie une dizaine de leçons; un tel enseignement très utile dans une école de perfectionnement, ne l'est plus pour former des praticiens.»

Dans ces conditions, l'enseignement de la Faculté devrait être réservé à ceux qui se destinent à un nouveau grade supérieur, par exemple à celui de *docteur ès sciences médicales*, proposé par P. Bert; et l'enseignement des hôpitaux, le seul où peuvent se former les cliniciens, serait réservé pour ceux qui aspirent seulement au titre de docteur en médecine. Cette distinction existe en Russie où il y a deux grades de médecins : les *lekars* qui reçoivent des Facultés le droit de pratique médicale, et les *docteurs en médecine* proprement dits dont le titre confère le droit à la nomination de médecin assistant, de médecin des hôpitaux, ou de professeur. En Allemagne, cette même distinction existe entre le *artz* ou praticien, et le docteur en médecine qui, par ce titre, a le droit de prétendre aux grades universitaires.

A Paris, la Faculté de médecine peut bien faire parfois des savants, mais elle ne fait pas des praticiens. Dans un article fort intéressant de la *Normandie médicale*, M. Brunon s'exprime en ces termes : « Où est l'enseignement de Paris pour le débutant? Nous avouons ne pas le connaître, quoique nous l'ayons cherché quand nous en avions besoin. » Ceci est malheureusement vrai. Les cours de pathologie peuvent être très remarquables, mais l'étudiant a besoin d'autre chose : il lui faut des leçons pratiques élémentaires, et puisque tel cours n'est pas terminé en une année, il lui faut étudier sur les livres et à l'hôpital, ce qui est du reste bien préférable. Il en résulte qu'il n'assiste plus à ces cours trop théoriques, trop savants, et tout le monde connaît bon nombre de médecins des hôpitaux et de praticiens distingués qui, pendant tout le cours de leurs études médicales, n'ont jamais mis le pied à la Faculté de médecine, ce qui démontre bien l'inutilité d'un grand nombre de ses cours théoriques.

Ces cours seraient encore admissibles, si l'étudiant était dans la main et sous l'œil du maître. C'est ainsi que les écoles, préparatoires de médecine forment de très bons élèves souvent meilleurs que dans les grandes facultés, au début des études médicales. J'ai déjà été deux fois membre du jury de l'internat, et j'ai remarqué avec mes collègues, que les élèves sortant des écoles de province avaient des connaissances plus sûres et plus étendues en anatomie et en pathalogie que les étudiants parisiens. Je ne prétends pas dire que cette différence dépende des professeurs : elle tient à la trop grande affluence d'élèves parisiens pour un trop petit nombre de maîtres. Qu'on y prenne garde : on meurt aussi bien de pléthore que d'anémie; le nombre des élèves ne mesure pas toujours la prospérité d'un centre universitaire. Les écoles secondaires de médecine qu'on parle vaguement de supprimer, que l'on a commencé

(1) L'enseignement médical et la pratique médicale en Russie (*Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*. Paris 1888).

Digitized by Google

par amoindrir en les mettant en tutelle par l'envoi d'un professeur d'une Faculté pour présider aux moindres examens, en leur refusant le droit de choisir leurs professeurs et leur directeur, ces écoles rendent les plus grands services, à ce point qu'il serait même nécessaire d'en voir créer une à côté de chaque Faculté, sans en être jamais dépendante. Elles sont utiles, parce qu'elles forment d'excellents praticiens, et surtout parce qu'elles concourent à faire de la décentralisation scientifique et universitaire. Et cependant, que fait-on pour elles? Vous diminuez chaque jour leur importance au profit des Facultés, et vous ressemblez à ces gens qui, se contentant d'une illusion d'optique, croient s'élever parce qu'ils abaissent les autres.

J'ai proposé bien des réformes, et cependant je n'ai pas tout dit. Mais, il faut qu'on le sache bien : cette campagne que j'ai entreprise — campagne de relèvement et non de dénigrement — n'est pas finie : elle commence. Sans trève ni repos, elle sera continuée.

Ces réformes pourraient être accomplies rapidement, si nous avions la liberté de l'enseignement supérieur et si l'Etat ne conservait pas pour lui ce monopole exorbitant. Quelle singulière aberration dans ces temps de progrès et de liberté ? Comprend-on l'Etat disant : Je suis l'Etat-Soleil, et la science, c'est moi ! De quel droit s'arroge-t-il le privilège d'enseigner ce qui peut être la vérité aujourd'hui, et ce qui sera l'erreur demain ? Pourquoi la loi ne donne-t-elle pas aux municipalités le droit et surtout la *possibilité* d'organiser, sur leur demands, un enseignement médical libre ? N'est-il pas monstrueux de créer une science *officielle* réunissant, dans la même main, le corps enseignant et le corps examinant? Par là, cette liberté de l'enseignement est violée dans son principe même ; elle n'existe plus, puisqu'après l'avoir inscrite dans vos lois, vous en entravez l'application et le développement. Nous sommes libres, dites-vous, de fonder un enseignement quelconque; mais il est juste que vous soyez libéraux dans l'usage que vous faites de cette liberté.

Vous permettez — comme M. Eloy le disait l'autre jour — « à un examinateur de faire sentir aux candidats « qu'il serait heureux pour eux d'avoir suivi son cours, ou encore à ce professeur d'une grande Faculté, de les engager à chercher, en devenant le souscripteur au journal qu'il « rédige » la réponse aux questions qu'il formule ».

Dans votre désir jaloux de conserver cette science officielle, dans votre crainte d'affronter la concurrence, vous vous opposez à cette séparation du corps enseignant et du corps examinant, vous n'instituez le plus souvent qu'un seul professeur pour chaque branche de la médecine. Alors, (pour ne parler encore que des morts et pour ne pas faire de personnalités), vous avez eu un professeur comme Piorry qui pouvait imposer aux examens sa nomenclature barbare ; un professeur comme Ch. Robin incapable de finir une phrase et dont les élèves étaient réduits à apprendre le cours par cœur et sans rien y comprendre ; vous pourriez avoir encore un Broussais qui imposerait à toute une génération les dogmes de ses phlegmasies, de sa gastrite et ses théories sanguinaires ; et vous aurez toujours des hommes qui pourront, du haut d'une chaire, prêcher et imposer l'erreur de leurs doctrines, parce que vous avez pris soin de ne pas placer des émules à côté d'eux, et parce que vous avez supprimé la concurrence qui vous gêne. Et voilà les conséquences et les beautés de la science officielle, omnipotente, et sans contrôle ! Et voilà comment, après avoir gravé la liberté sur les murs, vous ne la laissez pas pénétrer dans l'enceinte des Ecoles et des Hôpitaux !

Il faudrait, au contraire, multiplier les centres scientifiques ; encourager l'enseignement libre au lieu de l'entraver et de l'amoindrir; fonder de nouvelles Facultés, et relever les Ecoles, dites préparatoires de médecine. Il est temps d'écouter les salutaires avertissements de ceux qui ont vu les progrès de l'étranger, et il est puéril et peut-être dangereux d'organiser toujours sur des réformes indispensables la conspiration du silence. Car, si ces réformes ne viennent pas rapidement « ébranler notre vieille organisation médicale jusque dans ses fondements et restituer de ce côté à notre pays la place et le rang qu'il n'a pas conservés », un jour viendra où des hommes de bonne volonté, de progrès et de patriotisme organiseront eux-mêmes un enseignement médical des hôpitaux, et fondront (ce qu'il faut souhaiter) en face de la vieille Faculté, « une école *pratique* de médecine ». Pour cela, il suffit qu'une vingtaine de médecins honnêtes et savants, avec ou sans titres honorifiques (car les titres ne font rien et ne sont rien) veuillent réunir leurs efforts pour concourir au relèvement et à l'amélioration de l'enseignement médical. Dès ce jour, moins éloigné qu'on le croit, la liberté de l'Enseignement supérieur de la médecine sera entrée dans nos mœurs ou nos habitudes, elle ne sera pas annihilée par l'omnipotence de la science officielle, elle s'affirmera par la libre concurrence, elle sera vivifiée par l'émulation, et nous verrons s'accomplir, comme l'a dit M. Besnier, « une révolution à jamais glorieuse pour celui qui saura l'imposer, et féconde pour l'époque qui la réalisera. »

HENRI HUCHARD.

LE DIAGNOSTIC DES MALADIES

REVUE CRITIQUE DES CLINIQUES DE FRANCE ET DE L'ETRANGER

I. *La diathèse lymphogène, sa nature et son diagnostic.* — II. *Les difficultés du diagnostic du vertige de Ménière.*

I. La diathèse lymphogène, sa nature et son diagnostic. — Diathèse ? Un mot que l'on hésiterait encore à écrire, si docilement on s'en tenait aux doctrines d'une école qui se croit moderne, mais dont les disciples sont des biologistes plutôt que des médecins. C'est celui que M. Jaccoud prononçait dans une de ses leçons.

Les mots, même en clinique, ont leur destinée. Quand on parle si volontiers de lymphadénie, de pseudo-leucémie, expressions dont la signification pathogénique n'est point compromettante; il vaut mieux, en effet, s'en tenir aux mots diathèse lymphogène. C'est plus exact au point de vue théorique, c'est plus utile au point de vue pratique.

Digitized by Google

Que faut-il entendre par diathèse lymphogène?

Un individu, enfant ou adulte, accuse de la gêne des mouvements du cou. C'est le motif pour lequel il consulte d'ordinaire le médecin. Point de douleur; rarement une gêne de la déglutition; peu ou point d'amaigrissement; de la faiblesse générale. C'est ce sentiment, avec la gêne mécanique des mouvements, qui inquiète surtout les malades.

L'exploration physique, que révèle-t-elle? De chaque côté du cou, une intumescence des glandes lymphatiques cervicales.

Ces tumeurs, se sont accrues depuis quelque temps en nombre et en volume, résistent et roulent sous le doigt. Des chapelets ganglionnaires s'en détachent. Pas d'adhérences; coloration normale des téguments; forme arrondie; absence de douleurs à la palpation.

Au début, elles étaient sous-maxillaires; depuis, elles se sont développées vers la clavicule. Aucun doute sur leur siège anatomique: il s'agit de ganglions lymphatiques tuméfiés.

Quelle est leur nature? Rien sur la peau; rien non plus dans les cavités voisines: pharynx, larynx, fosses nasales. Cet examen négatif condamne l'idée d'engorgements ganglionnaires symptomatiques d'une affection locale.

L'affection serait-elle une infection générale? A l'aisselle, aux aines, dans les régions peuplées de glandes lymphatiques, voici encore des intumescences et des chapelets ganglionnaires.

On poursuit cette exploration. Vers l'abdomen? On a cité des cas où les glandes mésentériques étaient tuméfiées.

Vers le thorax? Inutile de s'attarder sur l'urgence d'explorer les ganglions sous-claviculaires (1); la gravité des adénopathies trachéo-bronchiques est fait banal. Ses signes fonctionnels et physiques sont classiques. Comme celle des autres éléments du système lymphatique, la participation des ganglions péri-trachéo-bronchiques à la diathèse lymphogène est toujours possible, trop souvent certaine, sinon constante. Qu'on se le rappelle, cela suffit.

Les amygdales, les follicules buccaux et pharyngiens n'y participent-ils pas? Mosler a étudié, et d'autres ont vu comme lui, des pharyngites, des stomatites et des glossites leucémiques. Et la rate? Il y a aussi — ne le sait-on pas? — une splenomégalie leucémique.

Et les glandes de la muqueuse intestinale? Leur participation à la diathèse lymphogène se révèle par des troubles gastro-intestinaux. Au début, diarrhée et constipation alternantes; plus tard, diarrhée permanente. Puis, avec ces phénomènes, peu ou point de troubles de l'appétit, mais amaigrissement et affaiblissement général.

(1) Le procédé suivant est excellent pour l'inspection méthodique de ces malades:

1° Placer le malade la tête bien verticale et les épaules un peu tombantes;

2° Le faire tousser et en même temps suivre de l'œil la région sous-claviculaire;

3° S'il existe des ganglions sous-claviculaires, ceux ci feront saillie pendant l'effort de toux.

Ce n'est pas tout. A côté de ces hyperplasies, on observe parfois, il est vrai à l'autopsie seulement, le développement hétérotopique d'éléments lymphatiques dans des organes où normalement ils manquent: la peau, la rétine, les séreuses.

« A cette disposition de l'organisme pour produire quelque chose, ne reconnaît-on pas une diathèse? » Oui, répond M. Jaccoud, et il n'est pas le seul à répondre affirmativement.

A ces altérations il faut ajouter encore celles de la moelle osseuse et les changements de la composition histologique du sang: l'hypoglobulie par diminution relative des hématies et l'augmentation permanente des leucocytes. Ici, au-delà, là, en deçà; il y a donc modification dans le taux physiologique des éléments figurés de cette humeur.

Quelle est la valeur diagnostique de ces modifications sanguines?

Pseudoleucémie et diathèse lymphogène sont-ils des mots synonymes? Non.

La leucémie est-elle nécessairement indépendante de la diathèse lymphogène? Non, de l'avis des observateurs qui, moins théoriciens que praticiens, veulent tenir compte des formes intermédiaires où la leucémie se manifeste tardivement.

Au début, on examine le sang: pas de leucémie, dit-on; il y a donc pseudo-leucémie. Plus tard, autre examen: on constate l'état leucémique. Est ce raison de dire que, dans toutes ses périodes, cet état morbide n'était point celui de la diathèse lymphogène?

On ne doit pas prendre la partie pour son tout: c'est de simple logique. Il ne faut donc pas confondre un phénomène morbide avec l'ensemble du processus auquel il appartient; c'est, ce semble, d'un simple bon sens clinique.

Dans l'espèce, c'est encore éviter l'erreur de ceux qui, tenant compte de l'engorgement ganglionnaire seulement, désignent la diathèse lymphogène sous le nom de lymphadénie.

Sont-ce là des querelles de mots? Non. Ainsi envisagée, la diathèse lymphogène est toujours d'un pronostic sérieux. Avec leucémie ou avec pseudo-leucémie, qu'importe, elle peut avoir la mort pour échéance rapide et fatale.

D'autre part, ces considérations diagnostiques permettent de formuler des indications thérapeutiques différentes.

Faut-il intervenir chirurgicalement? On a extirpé la rate et les malades sont morts. On a excisé des ganglions lymphatiques, et la maladie s'est généralisée. On a pratiqué des injections intra-glandulaires de liqueur de Fowler; mêmes insuccès.

Dans des cas moins malheureux, les opérés survivaient quelques semaines, durant lesquelles la généralisation se produisait. Voilà des échecs qu'une conception clinique plus exacte de la maladie aurait permis d'éviter!

Et le traitement médical? Celui-ci, du moins, n'est pas toujours impuissant. Les toniques, l'arsenic, l'oxy-

Digitized by Google

gène, pour M. Jaccoud, les iodures et surtout l'iodure de sodium en sont les principaux agents.

Je conclus par l'aphorisme suivant. Qu'il semble d'évidence un peu naïve? Soit. Je laisse donc sourire et j'écris :

Il s'agit ici d'une diathèse : « C'est une disposition » de l'organisme à produire quelque chose. » C'est donc au traitement des diathèses et aux modificateurs généraux de l'organisme que le thérapeutiste s'adressera.

Où les chirurgiens ont échoué les médecins réussiront peut-être. Ce serait donc — une fois n'est pas coutume — une revanche de la matière médicale sur le bistouri.

II. **Les difficultés du diagnostic d'un accès de vertige de Menière.** — Reconnaître le vertige n'a jamais passé pour malaisé; « le diagnostic du vertige, disait Axen» feld, se trouvant établi quand le malade a rendu » compte de ce qu'il éprouve. »

Cependant, pour un autre clinicien, le commentateur de ce maître trop peu cité, M. H. Huchard, cette manière d'envisager la question ne paraît point suffisante, puisque, dans la 2e édition du *Traité des névroses*, il a consacré plusieurs pages au diagnostic des vertiges, adoptant la division clinique de ces derniers en deux catégories : « les vertiges avec perte complète de con» naissance et les vertiges avec perte incomplète de » connaissance. »

C'était, on l'a dit, une confirmation d'un fait clinique connu. Je le veux bien, mais il n'est point superflu de la rappeler de temps en temps. Une leçon récente de M. Combemale m en fournit l'occasion (1).

Le syndrome auquel Menière a donné son nom est, par ses symptômes, un vertige de cette seconde catégorie. Dans sa simplicité théorique, son accès est constitué par une triade caractéristique de symptômes cardinaux : les bourdonnements d'oreilles, la perte de l'équilibre, la conservation de la connaissance.

Accessoirement, il s'y ajoute, vers la fin de l'accès, des nausées et des vomissements ou bien, suivant le siège et l'étendue des lésions: la sialorrhée, par exemple (Tissier et Laveran), en rapport avec des altérations de l'oreille moyenne ou de la corde du tympan, les troubles oculaires (Potain, H. Huchard, Charcot), les convulsions épileptiformes ou bien encore des phénomènes tabétiques (Charcot).

A cette heure, et avec ces complications, on ne saurait donc toujours considérer le diagnostic de l'accès de vertige comme exempt de difficultés. On ne peut toujours l'improviser, il faut souvent l'établir par élimination.

Pendant l'accès, le malade est conscient: son vertige n'appartient donc pas à la catégorie des vertiges avec perte de connaissance. Cette remarque suffit pour mettre le vertige épileptique hors de débat.

Voici, cependant, une difficulté pratique. Un même individu est vertigineux à la manière de Menière et à la fois épileptique. Il en était ainsi chez le malade de M. Combemale; on soupçonnait une lésion méningo-encéphalique, et cette lésion donnait raison des accidents épileptiformes.

Au début de la maladie de Menière, le diagnostic est relativement plus facile. Les accès ne se combinent pas encore avec la grande attaque d'épilepsie. Plus tard, la chronicité s'établit, les accès vertigineux se rapprochent, deviennent sub-intrants et finalement sont continus.

Dans des cas complexes, quelle est donc la valeur des éléments principaux du syndrome de Menière?

Voici les troubles épileptiformes; on les a signalés dans les maladies de l'oreille.

Les troubles de l'audition? Il y a des cas de maladie de Menière sans surdité. D'autre part, les altérations de l'organe de l'ouie sont très variables, et, avec M. Combemale, on doit se rappeler les témoignages de Charcot, de Laveran, de Tissier, qui, dans la pathogénie du vertige, ont noté les lésions les plus variables de l'oreille externe, telles que l'obstruction du conduit auditif par un bouchon cérumineux; les lésions de l'oreille moyenne : un catarrhe de la caisse ou un ankylose des osselets, ou bien encore, d'après Politzer, des lésions de l'oreille interne, des canaux semi-circulaires et presque toujours du labyrinthe.

En l'absence des notions otoscopiques, le diagnostic est-il encore possible? Oui, s'il existe des troubles fonctionnels de l'audition, la surdité ou la demi-surdité, et avec phénomènes, ou même, s'ils manquent, des tintements, des sifflements ou des bourdonnements auriculaires. En présence d'un examen otoscopique négatif on les attribuera à une augmentation de pression exercée sur les fibres auditives par les liquides de l'oreille interne ou à une hypersécrétion des liquides des canaux demi-circulaires ou du labyrinthe.

Ici, toutefois, il faut ouvrir une parenthèse. Le vertige de Menière est un *vertige labyrinthique*. Ce serait donc une erreur de ne pas en faire le diagnostic avec un autre vertige auditif: le *vertige auriculaire simple* dépendant d'une lésion de l'oreille moyenne et de l'irritation de la membrane tympanique, soit par un simple attouchement, soit par le contact accidentel du liquide d'une injection. Ce vertige auriculaire est, sans doute, — qui donc le nie? — un vertige auditif. Le vertige de Menière en est un aussi. Seulement, — différence clinique importante, — celui-ci possède la classique triade de symptômes qui n'accompagnent pas celui-là.

Hésitera-t-on à distinguer un accès de vertige de Menière et un accès de *vertige laryngé?* Le vertige laryngé est un vertige avec perte de connaissance.

Cette même considération ne suffit plus — cela se comprend — pour distinguer le syndrome de Menière du *vertige* sans perte de connaissance des *agoraphobiques*, des *anémiques* et des *dyspeptiques*.

Ici, d'autres symptômes font la lumière.

Le *vertige des agoraphobiques* est « un vertige mental », comme disait Lasègne; c'est une psychose.

Le *vertige des anémiques* s'accompagne de souffles vasculaires et accompagne souvent des lésions cardiaques.

L'accès de *vertige des dyspeptiques* est contemporain

(1) Combemale : *Bulletin médical du Nord*, 20 juillet 1890.

Digitized by Google

de troubles fonctionnels ou de lésions anatomiques de l'estomac (*vertigo a stomacho læso*) des dyspeptiques et des gens en ectasie gastrique, par exemple), ou bien encore de l'intestin (*vertigo abintestino læso*).

Tout cela semble, objecte-t-on, assez banal. Oui, quand les cas sont simples et le syndrome de Menière apparent. Mais il y a aussi des cas complexes et de diagnostic difficile. C'est alors qu'il faut aller à la découverte de la classique triade symptomatique.

Autre difficulté. La prédominance de certains symptômes modifie l'accès vertigineux de Menière. Dans une thèse, ancienne déjà, mais dont on oublie souvent de parler, Voury en avait tenu compte en décrivant quatre formes de vertige de Menière : la forme simple, la forme stomacale, la forme épileptique et la forme apoplectique. Il serait utile, au lit du malade, de se souvenir de la division de Voury.

Cela offrirait, en effet, un double avantage : on éviterait une erreur de diagnostic et on ne se rendrait pas le complice d'un déni de justice au détriment de nos devanciers.

CH. ELOY.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

Du traitement de l'anthrax par les injections phéniquées, par MM. POTEINKO et ARNOLDOFF. — Le premier de ces observateurs fait usage d'injections interstitielles d'une solution d'acide phénique à dix pour cent. Il injecte chaque jour dans la tumeur le contenu d'une seringue de Pravaz de cette solution et obtient la guérison après deux ou trois injections. (*Novosti Terapi*, 1890, n° 21).

Le second emploie une solution composée, dont voici la formule :

Acide phénique....	5 grammes
Sublimé corrosif...	0,10 centigrammes
Eau distillée.....	100 grammes

Il a obtenu la guérison après deux injections, et sans provoquer aucune salivation. S. R.

Indications du traitement des abcès par congestion, par M. L. POISSON. — Ce mémoire est un exposé comple de la question et se termine par les conclusions suivantes (*Gaz. Méd. de Nantes*, 12 oct. 1890, p. 136).

1° Tant que l'abcès est peu accessible, agir par le traitement général pour en obtenir la résorption.

2° Quand l'abcès est devenu facilement accessible, continuer cette sage réserve, si l'abcès paraît plutôt tendre vers la guérison spontanée.

3° Quand l'abcès a une marche progressive, procéder par une évacuation capillaire suivie d'injections d'éther iodoformé.

4° Si cette médication échoue, recourir à l'évacuation du pus par une large ouverture suivie des contre-ouvertures nécessaires et d'injections modificatrices.

5° Dans certains cas particulièrement favorables, pratiquer la résection de la poche, son grattage et même l'ablation des parties osseuses malades qui ont été l'origine de l'abcès par congestion. S. R.

DERMATOLOGIE

Emploi de la cassia alata en dermatologie, par M. PORTE. — Ces recherches pharmacologiques de l'auteur, pharmacien principal de la marine, confirment les travaux des médecins de la marine, Leclerc, Palame de Champeau, Corre, Couillebault et Lejanne.

Déjà en 1879, M. Porte avait démontré la présence de l'acide chrysophanique dans les feuilles de ce végétal et c'est à lui qu'il attribue ses propriétés thérapeutiques contre les dermatoses cutanées (eczéma, herpès circiné). (*Archives de méd. navale*, oct. 1890).

Pour en obtenir ces résultats, il faut, d'après M. Porte, employer l'extrait acétique du végétal ; l'extrait acétique étant plus riche en acide chrysophanique. Voici la formule de la pommade conseillée par notre confrère :

Extrait acétique de cassia alata...	20 grammes
Lanoline.....	80 grammes

Elle est plus active que la pommade au dixième.

S. R.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la pleurésie purulente par les injections intrapleurales de sublimé, par M. MOUSSOUS. — Les conclusions de cet intéressant mémoire sont les suivantes :

Les tentatives qui ont été faites pour appliquer cette médication sont rationnelles. Que faut-il faire en présence d'une pleurésie purulente reconnue par une ponction exploratrice ? (*Journal de méd. de Bordeaux*, 12 oct. 1890).

1° Pratiquer la thoracentèse par aspiration, si le liquide paraît contenu dans une poche unique ou dans un petit nombre de poches successivement attaquables et que son évacuation s'opère dans des conditions favorables, il faudra en retirer le plus possible, sans se départir toutefois des précautions inhérentes à toute thoracentèse par aspiration.

2° L'évacuation du pus sera suivie d'une injection de 30 grammes de liqueur de Van Swieten à une température voisine de 38°, qu'on abandonnera dans la cavité pleurale.

3° La manœuvre sera répétée tous les cinq ou six jours et même plus souvent, si c'est nécessaire.

4° Pendant la durée du traitement, surveiller avec soin la température, les phénomènes généraux, les menaces d'intoxication mercurielle. Si l'on n'est pas maître de dominer l'infection septicémique ou si le liquide se reproduit en trop grande abondance ou pendant trop de temps, il sera prudent de ne pas poursuivre et de pratiquer la pleurotomie.

S. R.

Du traitement de la sarcinose par le sulfite de soude, par M. J. LOPEZ ELIZAGARAY. — Ce mémoire mentionne trois cas de sarcinose dans lesquels ce traitement a été employé avec succès. (*La Andalucia Medica*, 30 sept. 1890)

Ce traitement consistait en lavages de l'estomac avec des solutions d'acide chlorhydrique, puis d'acide borique et de résorcine. Mais les effets thérapeutiques ainsi obtenus étaient passagers. C'est pourquoi M. Elizagaray substitua à ces solutions, celle de sulfite de soude au millième, en répétant les lavages deux fois quotidiennement, jusqu'à disparition des douleurs, des vomissements et des sarcines dans les matières vomies. Cette médication parasiticide mérite d'être mise à l'essai. S. R.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

OBSTÉTRIQUE

I.—**Traitement des gerçures du sein chez les nourrices.** On connaît la difficulté de prescrire un topique à la fois antiseptique, odorant et non toxique pour le pansement des gerçures et des ulcérations du mamelon.

Digitized by Google

A Lyon, M. Vinay fait usage d'une pommade à l'aristol, qu'il formule en ces termes.

Vaseline liquide..... 20 grammes
Aristol..... 4 —

On procède au pansement après chaque tétée. Au moyen d'un pinceau, trempé dans cette préparation, on badigeonne toutes les surfaces malades en ayant soin, avec la main gauche, de pincer la base du mamelon, de façon à étaler les papilles et à découvrir toutes les gerçures, qu'elles siègent à la base ou à l'extrémité du mamelon.

CHIRURGIE

II.— **Du pansement des ulcérations tuberculeuses par la solution de Kolischer.** — Cette solution a été proposée pour le pansement des ulcérations tuberculeuses. En voici la formule:

Phosphate de chaux..... 50 grammes
Eau distillée..... 500 —
Ajoutez acide phosphorique dilué: q. s. jusqu'à solution parfaite et filtrer. Finalement, on additionne à la colature avec:
Acide phosphorique dilué... 60 grammes
F. s. a.

Le pansement des ulcérations tuberculeuses avec ce topique est le suivant:

1° Irrigation des plaies et des fistules avec ce liquide;

2° Dans l'intervalle, recouvrir les plaies avec de la gaze imbibée de ce liquide et continuer le traitement pendant plusieurs mois.

S. R.

REVUE DES THÈSES

De l'empoisonnement par l'acide phénique, par M. le Dr A. Gretchikhin. (*Thèse de St-Pétersbourg*, 1890.)

Le sujet de ce mémoire est une série d'expériences sur les chiens et les lapins auxquels on administrait par la voie rectale ou la voie sous-cutanée, des doses d'acide phénique de 50 centigrammes à 2 grammes en solution.

En voici les conclusions :

1° L'acide phénique détruit les globules rouges ;

2° Il produit des congestions viscérales, des hémorragies parenchymateuses et la dégénérescence graisseuse du rein, du foie, du cœur et des parois vasculaires ;

3° Il provoque la desquamation épithéliale des tubes urinifères et à l'état chronique, la dégénérescence hyaine de ce même épithelium ;

4° Même dégénérescence des cellules ganglionnaires de la moelle et des extravasations sanguines dans les cornes antérieures :

5° Ces phénomènes expliquent la prostration générale des animaux mis en expérience.

6° Il provoque des attaques convulsives d'autant plus rapidement que la dose est plus élevée et une élévation thermique de trois dixièmes de degré à un degré.

De là cette conclusion, que l'on doit prescrire cet acide, ainsi que ses dérivés, avec les plus grandes précautions. S.R.

Essai sur la thermométrie en clinique, par M. le Dr Vacher. (*Thèse de Paris*, 1890.)

L'auteur montre l'importance de la thermométrie dans les maladies où la température revêt une marche cyclique caractéristique ; telles sont les fièvres éruptives à évolution régulière, la dothiénenterie, la pneumonie lobaire, la méningite aiguë franche. Ces affections présentent souvent un désaccord considérable entre l'élévation de la température et l'accélération du pouls qui les accompagnent, d'où la nécessité de ne pas se contenter de cette dernière indication et d'avoir recours à l'exploration par le thermomètre. Ce précieux instrument rendra aussi les plus grands services, dans les suites de couches et des actes opératoires, en annonçant par son élévation, l'invasion de complications graves qu'il est possible de combattre avec succès quand elles sont prises au début. H.M.

Marche de la pneumonie caséeuse chez l'enfant, par M. le Dr Chapu (*Thèse de Paris* 1890).

La pneumonie caséeuse aurait parfois chez l'enfant, une allure insidieuse et pourrait même coexister avec un état général relativement bon. L'enfant augmenterait de poids. Le pronostic enfin ne serait pas aussi fatal qu'on le trouve consigné dans les livres ; voilà ce que nous démontre cette thèse, courte, basée sur quatre observations, mais bien agencée et bien présentée.

Nous ferons une petite critique de détail. L'auteur donne comme preuve du bon état du sujet le chiffre de 20 à 26 grammes d'urée par litre d'urine excrétée, ce qui ne signifie absolument rien, tant que le calcul ne porte pas sur la totalité de l'urée de l'urine de 24 heures. Si la quantité intégrale du liquide n'est pas recueillie, c'est peine perdue que de faire un dosage.

En dehors de ce point, nous croyons que ce travail appelle utilement l'attention sur la différence parfois très grande de la pneumonie caséeuse de l'enfant avec celle de l'adulte ; signes fonctionnels peu accusés, guérison possible, surtout en ville par la suralimentation. H. G.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES ÉTRANGÈRES

Autriche : **Collège des médecins de Vienne** (13 octobre 1890). I. *Du traitement galvano-caustique du trachôme.* — **Société impériale et royale des médecins de Vienne** (17 octobre 1890). II. *Restauration artificielle de la voûte du crâne.* — Belgique : **Société médicale d'Anvers** (8 août 1890). III. *De l'aristol en chirurgie et gynécologie.* — Suisse : **Société médicale de la Suisse Romande** (25 septembre 1890) IV. *De la stérilisation chirurgicale par l'eau bouillante et salée.*

I. **Du traitement galvano-caustique du trachôme.** — Cette affection exerce parfois la patience des ophtalmologistes. On essaye les cautésations par le sulfate de cuivre. Elles échouent. On essaye même le nitrate d'argent, malgré ses inconvénients. Autre échec. C'est alors que M. Hans Adler (de Vienne) emploie volontiers la galvano-caustique.

Comment faut-il opérer ?

1° Anesthésier la surface granuleuse avec la cocaine :

2° Pratiquer toutes les semaines une séance de galvano-caustique d'une demi-minute à une minute et demie de durée : à cet effet employer une batterie d'un seul élément ;

3° Dans l'intervalle des séances ; pansement avec la vaseline iodoformée à un pour cent et sous la forme de massage.

A l'appui de ses conclusions : M. Herman Adler a présenté à ses collègues un enfant guéri par ce procédé. Il était atteint de trachôme depuis quatre années et il a suffi de quatre séances de galvano-caustique pour assurer sa guérison.

II. **Restauration artificielle de la voûte du crâne.** — Cet essai chirurgical n'est point inédit : et M. Fillenbaum l'a employé avec succès dans deux cas semblables à celui dont M. Hinterstoiner entretenait la Société des médecins de Vienne.

Le malade de notre confrère viennois éprouvait des acci-

Digitized by Google

dents épileptiformes depuis la cicatrisation d'une fracture compliquée du pariétal gauche. Il s'agissait évidemment d'une compression de la première circonvolution pariétale par la cicatrice osseuse. Le chirurgien viennois enleva donc la partie osseuse. La surface des circonvolutions et la dure mère étant normales, il fallait prévenir le retour de la compression par une autre cicatrice.

A cet effet, il sutura la dure mère, attendit pendant quatre jours sa cicatrisation, puis combla le vide osseux, par une plaque de celluloïde qu'il glissa sous le lambeau périostique. La suture des parties molles réussit et la guérison, aujourd'hui ancienne de cinq mois, a été complète.

Quel a été le bénéfice de cette intervention opératoire? D'abord, cela va sans dire, la protection du cerveau; l'obstacle à la production d'une encephaloïde et, de plus, l'absence d'adhérence de la dure mère au tégument. Reste à savoir: quel sera dans l'avenir, le rôle de la plaque de celluloïde, qui, après tout, pourrait bien ressembler à celui d'un corps étranger?

III. **De l'aristol en chirurgie et en gynécologie.** — Ce médicament nouveau, composé d'iode et de thymol, est toujours en expérience. A ce titre, les essais entrepris par M. Van Baelen (interne à l'hôpital Sainte-Elisabeth, d'Anvers), dans le service de notre très honorable confrère M. Desguins, sont intéressants.

L'aristol n'agit guère sur les ulcères d'origine spécifique, il est inférieur à l'iodoforme. Par contre il modifie avantageusement la suppuration et la cicatrisation des ulcères anciens, mais à la condition de combiner son emploi avec la position horizontale du membre. Même succès dans un cas d'ulcère variqueux.

Ses succès sont aussi douteux contre l'endométrite et la pelvimétrite et dans dix-huit cas, M. Baelen n'a pu, par ce médicament obtenir aucune amélioration. Il en a été autrement dans les cas de vaginite et les métrites catarrhales du col utérin où on obtient rapidement une diminution du gonflement de ce dernier organe.

A cet effet, M. Van Baelen et son maître M. Desguin se servent de la préparation ainsi formulée:

Aristol.....	20 grammes
Huiles d'olives.	400 grammes

Des tampons d'ouate imbibés de topique sont introduits dans le vagin. Le seul inconvénient de ce pansement est de salir fortement le linge. Sous son influence, dans les vaginites avec écoulement abondant, on constatait que la sécrétion devenait plus rare, la desquamation épithéliale moindre et que, finalement, la muqueuse reprenait sa coloration normale.

Ajoutons que nos confrères belges n'acceptent que sous bénéfice d'inventaire ce nouveau venu de la thérapeutique antiseptique et sans redouter d'être « taxés d'injustice » déclarent qu'il faut en rabattre beaucoup du nom pompeux (le meilleur) que l'inventeur de ce produit lui a donné!

IV. **De la stérilisation chirurgicale par l'eau bouillante et salée.** — La désinfection par la vapeur d'eau a fait ses preuves durant ces dernières années. Cependant, l'instrumentation qu'elle exige ne la rend point d'un emploi commode dans la pratique courante. M. Kummer a donc pensé avec d'autres qu'il fallait la remplacer par une méthode plus simple, et tout dernièrement a exposé cette dernière à ses collègues de la Société médicale de la Suisse Romande.

Depuis plus d'une année, il en fait usage. Immédiatement avant l'opération, les instruments, les objets de pansement, sont immergés durant dix minutes dans l'eau bouillante. Toutefois il faut prendre une précaution pour éviter la détérioration des instruments, c'est de les plonger dans le liquide avant de porter celui-ci à l'ébullition.

Les aiguilles et les couteaux sont immergés dans l'alcool après avoir été préparés par ce procédé. Même stérilisation des drains en verre.

Mais ce n'est pas tout! M. Kummer prouve ses conclusions au moyen de statistiques. Il a pratiqué 1,270 opérations, et n'a éprouvé que deux échecs: un érysipèle et un abcès. Il attribue ses succès à cette méthode d'asepsie.

Cependant, il ajoute que la stérilisation est plus parfaite en faisant usage d'eau salée à la concentration de six pour cent, comme Fritsch l'a recommandé. (*Deut. Med. Woch*, 8 mai 1890), et comme les expériences de Tavel (de Berne) (*Annales de micrographie*, 25 sept. 1890), le prouvent. C'est que, d'après ces observations, l'eau salée en ébullition possède un pouvoir stérilisateur comparable à celui de la vapeur sous pression.

Son innocuité pour les tissus permet d'en faire usage en irrigation et pour humecter les linges qui recouvrent le champ opératoire. C'est un avantage. Cependant, en toutes choses, il faut savoir distinguer: malgré son pouvoir aseptique, l'eau bouillante simple ou salée ne saurait remplacer les antiseptiques chimiques, cela se comprend, quand il s'agit de plaies infectées. K. R.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 *octobre* 1890.

Présidence de M. le Dr Nicaise

M. Nicaise annonce la mort de M. G. Monod, ancien président de la Société. La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 *octobre* 1890

Présidence de M. le Dr Dumontpallier

Des abcès gazeux sous-diaphragmatiques par perforation des ulcères de l'estomac. — M. Debove rapporte l'histoire d'une femme âgée de 33 ans, qui, il y a trois ans, fut atteinte pour la première fois de douleurs gastriques accompagnées d'hématémèses et de melœna. Le régime lacté fit merveille. Il y a quelques semaines se produisit une nouvelle hématémèse à la suite de laquelle elle entra à l'hôpital le 25 août. Le ventre était ballonné; la sonorité exagérée dans la partie correspondant au lobe gauche du foie, quoique cet organe présentât des dimensions normales. La fièvre marquait le soir 39°. Croyant à la présence de gaz, M. Debove fit le lavage de l'estomac distendu, qui ne diminua pas de volume. En explorant la malade avec plus de soin, on sentit à la limite inférieure de la tuméfaction gazeuse épigastrique une sorte de bourrelet se prolongeant sur la face antérieure du foie. Le 30 août, une ponction faite dans cette région avec la seringue de Právaz amena des gaz fétides et quelques gouttes de pus. Il s'agissait donc d'une collection formée de gaz et de pus. Une large incision donna issue aux mêmes gaz fétides et à environ un litre de pus. Le doigt introduit dans la plaie fit reconnaître que cette collection s'étendait en avant du lobe gauche du foie, en arrière de cet organe et de l'estomac avec prolongement vers la rate très volumineuse. Les antécédents de la malade permettaient de penser qu'il s'agissait d'une péritonite purulente et gazeuse localisée, dûe à la perforation de l'estomac par un ulcère rond. Un gros drain fut mis en place, pendant quelques jours on fit de grands lavages avec l'eau stérilisée, saturée d'acide borique et additionnée d'une faible quantité de liqueur de Van Swieten. Les choses marchèrent assez simplement; on put raccourcir le tube progressivement et la malade sortit guérie de l'hôpital le 18 octobre. En réalité, il s'agis-

Digitized by Google

sait d'une péritonite circonscrite qui évolua sans avoir donné aucun signe. Si l'on admet la première hypothèse, c'est le seul cas connu de perforation de l'estomac par ulcère simple, terminé par la guérison. M. Debove attribue ce résultat favorable à la rapidité de l'intervention.

Il en rapporte plusieurs observations dues à des auteurs anglais et allemands, dans lesquels on a pu vérifier les lésions à l'autopsie. Dans la plupart on a constaté pendant la vie les signes du pyo-pneumothorax. Au contact de l'abcès gazeux, le diaphragme se paralyse, se laisse refouler à une grande hauteur dans la poitrine et la présence de gaz et de liquide, contenus dans une poche, reproduit les conditions physiques de l'hydro-pneumothorax. Le diagnostic reste donc fort difficile, et l'on comprend que, dans les cas de ce genre, la connaissance des antécédents gastriques soit d'un précieux secours pour éclairer le médecin sur la nature de l'affection.

Leyden avait décrit cette maladie sous le nom de *pneumothorax sub-phrenicus*. M. Debove s'élève contre cette dénomination. On ne peut admettre, en effet, comme thoracique une affection sous-diaphragmatique, et le plus souvent, comme dans le cas cité, aucun phénomène ne rappelle le pneumothorax.

Anurie calculeuse mortelle. Accès d'angor terminal. — M. Féréol rapporte la fin de l'observation d'un malade dont il a déjà entretenu la société (voir *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 19 février 1890). Depuis la dernière crise d'anurie, qui se termina le 15 janvier dernier, ce malade eut un accès de goutte intense qui dura deux mois, pendant lesquels il supporta avec peine le régime lacté. Lorsque cet accès fut terminé, il reprit sa vie ordinaire. Le 3 juillet, les urines devinrent sanguinolentes; le 4 juillet au matin, il urina pour la dernière fois; en même temps il se plaignait de douleurs sourdes dans le rein droit. Le pouls tomba à 44 P., la température était normale. Le lendemain, il présenta des vomissements, de la diarrhée, sans rendre la moindre goutte d'urine. M. Féréol conseilla le régime lacté, la caféine, l'eau d'Evian, les ventouses sèches sur les reins, un bain, les inhalations d'oxygène. Le 4e jour, le malade se plaignit d'une sensation d'odeur ammoniacale dans les fosses nasales. Son haleine était fétide, la pupille rétrécie. Les jours suivants, l'intelligence s'obscurcit un peu, il eut du verbiage, une certaine excitation. Le 8e jour, le pouls était à 76 P., la température un peu inférieure à la normale ; léger état comateux. Le 9e jour, cet état se dissipe, quelques gouttes d'urine sortent de la vessie. Le 10e jour, en pleine connaissance, il éprouva une douleur subite, angoissante, dans la région précordiale, qu'il qualifie lui-même de douleur angineuse, et il succombe en quelques minutes. M. Féréol ne doute pas qu'il s'agisse là d'un accès d'angine de poitrine, d'origine toxique, par rétention dans le sang des matières excrémentitielles de l'urine.

Des variations de la mortalité de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris. — M. Merklen lit un rapport sur la statistique de la mortalité dothiénentérique dans ces dernières années, d'où il résulte que ces variations doivent être attribuées non seulement aux traitements employés, mais encore aux allures des diverses épidémies, à la diversité des quartiers occupés par les malades, à leurs habitudes, à leur état de santé antérieur.

M. Debove attribue surtout ces variations à la gravité des épidémies, les unes bénignes, les autres très meurtrières, gravité variable d'une année et même d'une saison à une autre.

M. Hayem a observé qu'à l'hôpital Saint-Antoine la mortalité était beaucoup plus gra de parmi les femmes que parmi les hommes. Il reconnait comme avantage au bain froid d être avec l'alcool l'un des principaux agents de la médication sthénique, médication qui s'attaque directement à l'état adynamique.

M. Ducazal pense que l'on doit surtout employer la méthode de Brandt lorsque l'on trouve chez un malade soit l'adynamie, soit l'ataxie ou l'hyperthermie, qui en sont les principales indications. Il ne pense pas que cette méthode doive être invariablement appliquée à tous les cas.

M. Laveran. Les conceptions théoriques de la fièvre typhoïde ont changé dans ces dernières années. Autrefois on ne considérait comme fièvre typhoïde que celles qui duraient 21 jours et plus, tandis que maintenant on y ajoute le typhus lévissimus, le plus souvent bénin et d'une durée moindre. L'introduction de ce nouveau venu fait que les nouvelles statistiques ne sont plus comparables aux anciennes.

M. Chantemesse présente trois malades atteints de parésie faciale de nature hystérique.

Dr H. Marciguey.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 *octobre* 1890

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

M. Marc Sée lit le rapport sur le prix Alvarenga.

M. Blanche lit le rapport sur le prix Falret.

De la dépopulation de la France. — M. Le Fort rappelle qu'il y a vingt ans, Broca avait signalé l'excellente situation de la France vis-à-vis des autres nations, au point de vue du nombre d'adultes qu'elle pouvait mettre en ligne pour la défense du territoire. Mais, dès cette époque, M. Lefort faisait remarquer que le nombre des enfants diminuait, ce qui faisait prévoir que la France ne garderait pas longtemps le rang qu'elle occupait.

Actuellement on tend à considérer la France comme perdue et destinée a être envahie par les étrangers. Posons les termes de la discussion. Notre population ne s'accroit pas aussi vite que celle des pays voisins. Cela peut tenir à deux causes : excès des décès sur les naissances, ou bien diminution de celles-ci. Or, pour la mortalité, la France occupe le sixième rang. La diminution de la population ne dépend donc pas de notre mortalité qui est allée en décroissant depuis 1821. La diminution de la population vient donc du défaut de natalité.

En effet, la natalité a diminué. Depuis quelques années le chiffre des naissances décroit d'une année à l'autre. De 1861 à 1880, la natalité en Europe a augmenté, sauf en France qui, sous ce rapport, occupe le dernier rang. Mais il ne faut pas exagérer le mal. La France n'est pas menacée de dépeuplement. Grâce à la faiblesse des décès, la population augmente en France. Notre pays s'est trouvé dans une situation aussi mauvaise ; en 1854, 1856, le choléra avait fait diminuer la population, et la guerre de Crimée avait enlevé 95,000 hommes. Peu de temps après il y avait une énorme recrudescence de naissances.

Dans les statistiques, on oublie qu'il nous manque deux provinces, où la natalité était supérieure à celle même de l'Angleterre. S'il y a des départements où la natalité diminue, dans 54 départements elle a augmenté sans qu'il y ait eu immigration étrangère Cette augmentation s'est montrée dans des départements industriels. La diminution de la natalité a lieu dans des départements agricoles et dans ceux où on se livre à la culture de la vigne. Mais il faut espérer que la replantation des vignes réparera les pertes subies. F. R.

Digitized by Google

BULLETIN DE LA SEMAINE

La médecine dans les ministères. — La Faculté de médecine de Toulouse. — L'Ecole de la Maternité et la Faculté de médecine devant le Conseil de surveillance de l'Assistance publique. — Un procès en detournement de clientèle. — Finances et médecine. — L'impôt sur les spécialités. — Une taxe sur l'humanité souffrante.

C'est étonnant comme depuis huit jours on parle des choses de la médecine dans le monde officiel ! Au Palais-Bourbon, un rapport de M. César Duval, sur l'exercice de la pharmacie ; au ministère de l'intérieur une loi en projet sur la santé publique (1) ; au ministère de l'instruction publique, création d'une Faculté de médecine à Toulouse ; au ministère des finances, un impôt de forme inédite, l'impôt sur les spécialités pharmaceutiques, c'est-à-dire une taxe sur les malades..., enfin, et j'abrège, dans un local dépendant de l'Hôtel de Ville, devant le Conseil de surveillance de l'Assistance publique parisienne, un procès, celui de demain, se plaidant entre une clinique obstétricale de la Faculté, en concurrence fâcheuse, singulière, — on a même écrit un mot plus sévère — avec l'Enseignement et l'Ecole nationale des sages-femmes à la Maternité.

Tout cela est grave ; on ne peut, au pied levé, en aborder l'examen. De ces questions, les plus actuelles sont les deux dernières ; je les retiens pour aujourd'hui.

***

Ce procès qui, à moins de remise, se plaidera jeudi prochain devant le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, est un épisode de la lutte pour la liberté de l'enseignement.

On connaît l'Ecole de la Maternité, ses origines, son développement dans l'ancien couvent du Port-Royal. On ignore moins encore, la réputation et le caractère de son enseignement autonome. Et puis, dans un temps où plus volontiers que jamais on parle d'une organisation désirable des ressources hospitalières parisiennes en Ecole municipale de médecine, comment oublier que cet établissement prospère passe à bon droit pour le modèle des Ecoles pratiques d'obstétrique ? Quel coup de fortune pour une Faculté dont l'enseignement clinique est insuffisant que l'adjonction ou plutôt l'absorption d'un tel établissement !

Pour un instant, il y a quelques mois de cela, on le redouta. La Faculté, dans l'embarras, cela quelquefois lui arrive, ne savait où abriter la seconde chaire de clinique obstétricale dont elle venait de désigner le titulaire. Allait-elle demander asile sous les vieux toits de la Maternité ?

Très heureusement, le Conseil municipal intervint. Il sauva la Maternité du danger qui la menaçait, mit un frein aux étranges faiblesses de l'administration de l'Assistance publique pour ceux qui voulaient l'exproprier et honorablement refusa de tolérer un coup de fortune qui ressemblait un peu à un coup de main.

La Maternité et son école restèrent. On négocia, on transigea, et après des efforts de diplomatie, la Faculté obtint la jouissance d'un pavillon extérieur voisin de la Maternité et distinct de ses dépendances et de ses services intérieurs.

De plus, précaution bien sage, — on s'en rend compte depuis qu'on essaye de la rendre inutile, — il fut décidé que le pavillon universitaire recevrait le nom de *Clinique Baudelocque*, posséderait une entrée particulière et aurait une installation spéciale.

Ces négocations furent laborieuses ; on échangea des protocoles, on écrivit des lettres dont les cartons de l'administration conservent le dépôt.

En voulez-vous la preuve ? Vous la trouverez, je pense, en regardant par-dessus l'épaule de ce haut fonctionnaire qui étudie ce dossier, en prévision du débat de demain. Consultez les documents.

En voici un : il est édifiant, il montre que la Faculté comptait, touchante espérance, partager la clientèle de la Maternité. On n'est pas plus modeste.

Pour réprimer ces prétentions, il fallut l'intervention du Conseil municipal. Une lettre de protestation que ce dernier reçut fait bien voir ce côté de la question :

« Quelles sont les principales raisons qui commandent de conserver à la Maternité de Paris le droit de faire chaque jour une consultation, contrairement aux prétentions de la Faculté de médecine qui voudrait limiter le nombre de ces consultations, dans l'espoir d'alimenter en malades l'une de ses cliniques récemment créée.

» 1° La Maternité étant une *maison spéciale* qui répond à des besoins incontestés, doit offrir aux femmes la tranquillité et, pour certaines d'entre elles, le secret qu'elles ne peuvent trouver dans d'autres services hospitaliers.

» Ce serait attenter à la liberté de leur choix que de forcer ces femmes un jour sur deux à se présenter dans un service de clinique ouvert au public et aux indiscrétions que nombre d'entre elles cherchent précisément à éviter.

« 2° Plus les consultations sont nombreuses, mieux cela vaut pour la population pauvre. Au lieu de réduire les consultations de la Maternité, pourquoi le nouveau service de la Faculté n'en établirait-il pas une à son compte pour chaque jour de la semaine ? Imposer la fermeture au voisin pour en recueillir gratuitement le bénéfice, ce serait faire croire que l'*on redoute la concurrence*. Or la concurrence dans le bien doit être encouragée plutôt que supprimée.

» 3° L'administration des hôpitaux et la Faculté étant des institutions bien distinctes, la Maternité doit rester libre dans son fonctionnement, comme la Faculté reste libre dans le sien, d'autant que les exigences de l'enseignement de 80 à 100 élèves sages-femmes sont très complexes et réclament au premier chef la pratique d'une consultation quotidienne.

» 4° Le Conseil municipal bien convaincu de cette nécessité, a déjà manifesté, par une décision antérieure, sa volonté de conserver à la Maternité ses caractères d'*institution municipale* et d'*école nationale* de sages femmes autonome.....

» Vainement la Faculté objecte-t-elle que l'instruction spéciale de ses jeunes docteurs est insuffisante .... Ce n'est pas à la Maternité, école *vraiment nationale*, puisqu'elle ne renferme que des jeunes femmes qui doivent appliquer leur science sur tous les points de *notre territoire* ; ce n'est pas à la Maternité, qui fonctionne à la satisfaction de tous, de changer son organisation intérieure et de compromettre les résultats de son enseignement pour satisfaire aux exigences de la Faculté.

***

Ce document remonte au 25 novembre 1889. La Maternité conserva sa consultation quotidienne. La Clinique Baudelocque eut aussi la sienne. A quelques mètres de distance, deux consultations pour les femmes enceintes : c'était beaucoup. Pour l'un des deux établissements, c'était trop.

(1) Voir plus loin aux Informations.

Digitized by Google

Le courant des consultations menaçait, cela s'explique, de se diriger toujours vers la Maternité. Ne pouvait-on le dériver? Une idée, plus encore une aubaine! L'enseignement de la Maternité en pourrait souffrir. Qu'importe? Vive le monopole, tout pour l'Université et foin d'enseignement autonome, libre et municipal.

Un changement dans la rubrique? Le bon public se laisse si facilement prendre aux apparences et par une enseigne. Il y a bien l'administration de l'Assistance publique? Mais elle est femme et tolérante; elle a des faiblesses et, d'ailleurs, ne verra peut-être rien, ou croira ne rien voir. Un peintre, un pot de badigeon, une brosse et changez l'enseigne.

Un tour de physique obstétricale, c'est toujours amusant.

Au mot Clinique qui était exact, on substitua Maternité, qui était trompeur. Baudelocque resta sur l'enseigne. C'est un nom peu gênant. Point de concurrence à craindre!

Ce savant d'ailleurs ne porte pas préjudice aux Robert Houdin de l'obstétrique et s'il a inventé quelque chose, ce n'est point les con.....versions par manœuvres externes.

***

Petites causes, grands effets. Du 4 avril au 15 septembre 1890, il y eut 939 consultations à la Maternité et 1,828 à la Clinique Baudelocque. En 1887, pendant la période correspondante et avant l'ouverture de cette Clinique, il y en avait eu 2,488 à la Maternité : donc, une diminution de 1,019 consultations pour cet établissement et, l'arithmétique le prouve, à peine pour chaque élève, deux femmes à examiner par mois, en consultation.

Dès lors, où apprendre à ces élèves le diagnostic des accidents de femmes en gravidité ou seulement même celui des signes de la grossesse?

Ces chiffres suffisent-ils? Je sais bien que par un artifice d'arithmétique on fait valoir que le nombre des accouchements n'a guère varié à la Maternité. Soit, cela ne démontre pas que l'enseignement clinique de cette Ecole n'est point menacé et que nous sommes encore au temps où, au nom de la Faculté, M. Brouardel écrivait à la page 7 d'un rapport : « Si la Faculté est désireuse » d'assurer l'instruction de ses élèves, *elle est non moins* » *soucieuse de conserver intacte l'Ecole de la Mater-* » *nité.* »

On se demande, c'est peut-être indiscret, si demain jeudi, elle éprouvera le même « souci » pour appuyer les protestations formulées en juin et en octobre dernier par l'éminent chirurgien en chef de la Maternité? S'y refuser, ce serait admettre, — on ne peut le croire, — que dans le but de peupler une clinique déserte, tout est permis, même, comme le déclare un document contenu dans ce curieux dossier, « en opérant par » détournement et grâce à un procédé qui, en matière » commerciale, serait durement qualifié. »

C'est dur, en effet. Est-ce moins dur que de voir le public en arrêt devant une affiche, de l'entendre lire en souriant : « Assistance publique. Maternité X... » Secours aux femmes enceintes... Entrée au n°... » et ajouter en manière de réflexion finale : c'est donc toujours la même chose; la maison n'est pas au coin du quai.

***

Soucis et promesses : cela ressemble à certaines plateformes électorales.

On nous avait dit : pas d'impôt, point d'emprunt. Quelle formule!

Pas d'impôts, et c'est pour obéir à cet article de profession de foi que le Ministre des Finances se fait l'héritier des propositions de loi du sénateur de Lorgeril. Il les adopte en principe et en emprunte même le titre : *Projet de loi sur les spécialités pharmaceutiques, hygiéniques ou de toilette et les eaux minérales naturelles ou artificielles.* C'est presque du plagiat.

Les arguments que naguère on faisait valoir contre cet impôt, n'ont jamais cessé d'être vrais. Et d'abord qu'est-ce qu'une spécialité pharmaceutique? L'Académie n'a jamais pu la définir. Comment le ministre des Finances le pourrait-il faire? On a beau être du Midi et de la Cannebière, cela ne suffit pas.

C'est un impôt *injuste.* Il frappe des produits utiles puisqu'ils sont médicamenteux et hygiéniques, mais épargne le commerce des substances dont l'usage est de luxe : les confiseries, les chocolats, les cacaos, substances dont la supériorité est célébré par voie d'annonces, de réclames, d'étiquettes ou par tout autre mode de publicité.

Autre injustice : les matières premières des spécialités pharmaceutiques sont les alcools, les aromates, le sucre : substances taxées et surtaxées. *Non bis in idem* : c'est une règle de droit naturel; il paraît qu'on l'ignore quand il s'agit d'équilibrer le budget et de consolider M. Rouvier. Imposer ces produits c'est donc taxer deux fois la même industrie.

L'utilité des spécialités n'est plus a démontrer. Tous les médecins les emploient, et vraiment on s'étonne que dans le Comité d'hygiène aucune voix ne se soit élevée contre cet impôt et pour éclairer la religion du gouvernement. Il est vrai que ce Comité contient beaucoup d'hygiénistes et peu de médecins. Autrement il aurait pu se rappeler et rappeler les discussions et les opinions autorisées de l'Académie de médecine.

Cet impôt est donc un préjudice pour les malades.

C'est de plus un préjudice au commerce national. Les spécialités françaises sont appréciées à l'étranger. Elles le méritent d'ailleurs par la supériorité de leur fabrication, leur longue conservation et leur aspect flatteur à l'œil. N'est-il donc pas à redouter que les nations étrangères ne les imposent à leur tour? Et puis cette taxe ne rendra-t-elle pas difficile, peut-être même impossible, la concurrence contre les exportateurs allemands, américains ou anglais?

On pouvait projeter des impôts plus impopulaires peut-être! On ne pouvait pas en proposer un plus maladroit.

CH. E.

Digitized by Google

INFORMATIONS

FRANCE

PARIS. — **Le projet de loi sur la santé publique.** — On nous communique les principales dispositions que M. le ministre de l'intérieur, compte déposer sur le bureau de la Chambre des députés et qui sont l'œuvre personnelle de M. Monod, directeur des services d'hygiène à ce ministère.

Ils font le plus grand honneur à l'initiative du ministre et à ce distingué fonctionnaire.

En cas d'épidémie, les dispositions de la loi de 1807, appliquées jusqu'ici seulement au choléra, seraient étendues aux autres maladies contagieuses

Un décret prescrirait les mesures nécessaires pour combattre l'épidémie et leur exécution serait ordonnée par le gouvernement.

Les dépenses de salubrité seraient supportées par les communes intéressées. L'administration aurait égard, lors de la rédaction du rôle de la contribution spéciale destinée à faire face aux dépenses de ce genre de travail, aux avantages immédiats qu'acquerraient telles ou telles propriétés privées pour les faire contribuer à la décharge de la commune dans des proportions variées et justifiées par les circonstances.

S'il s'agissait d'une maladie endémique la commune serait invitée à exécuter les mesures d'assainissement prescrites par le conseil d'hygiène. Si, après un delai de trois mois, le conseil municipal n'avait pris aucune délibération a cet égard, il serait procédé d'office aux travaux nécessaires. Les depenses faites incomberaient aux communes.

Le projet de loi ordonne à toute commune d'avoir de l'eau potable. Dans les communes qui ne peuvent être approvisionnées d'eau de source, il sera installé des filtres.

L'assainissement des habitations sera exécuté aux frais du propriétaire partout où cela aurait été reconnu nécessaire.

Le projet de loi oblige les médecins à faire connaitre les causes de décès et à signaler les cas de maladies épidémiques. Il rend la vaccination et la revaccination obligatoires.

LILLE. — **Un nouvel hôpital.** — Le 16 octobre dernier a eu lieu à Lille, l'inauguration d'un hôpital d'enfants, annexé à l'Université libre de Lille. M. le Dr Augier est nommé médecin de cet hôpital qui prend le nom de « Saint-Antoine de Lille ».

LYON. — **Congrès de médecine mentale en 1891.** — MM. les Drs Max Simon, Carrier, Contagne, Chaumier et Brun sont chargés de centraliser les documents relatifs à ce Congrès qui se tiendra à Lyon.

NIMES. — **Les médecins requis par les tribunaux.** — Cette question vient de servir de thèse au discours de rentrée de la Cour d'appel, prononcé par M. Giraud, procureur général.

L'eminent jurisconsulte a commencé par déclarer que les médecins requis par les tribunaux sont mal indemnisés ou ne le sont pas. Une réforme du décret du 11 juin 1811 s'impose, car « le médecin est, par la nature des choses et nos tendances » actuelles, devenu l'auxiliaire indispensable du magistrat. » C'est à lui que la justice fait presque toujours appel. Son » rôle est des plus compliqués et les progrès de la science le » rendent tous les jours plus difficile. »

L'orateur reconnait le fondement des réclamations que les médecins font entendre depuis quatre-vingts ans. Ces réclamations sont toujours restées sans effet. Enfin, est venu le moment où les médecins de Rodez, lassés de réclamations platoniques, ont énergiquement refusé tout concours à la justice et provoqué l'incident que l'on sait.

Il est indiscutable, dit-il, que ce conflit n'est dû qu'à la médiocrité de l'indemnité donnée aux médecins.

« Toutefois, ajoute-t-il, les médecins ont essayé de se placer » sur un terrain purement juridique ; ils ont soutenu que le » paragraphe 12 de l art 475 du code pénal ne contient pas le » principe d'une obligation susceptible de s'imposer à eux. » Cette doctrine est soutenue par M. Faustin Hélie, ce qui a » donné lieu à de nombreuses et diverses interprétations. »

« En dernier lieu l'arrêt rendu le 15 mars 1890 par la Cour » suprême a donné raison en grande partie aux médecins, dans » l'affaire de Rodez. »

Pour remédier à cet état de choses il serait donc juste de proportionner le chiffre de l'indemnité à l'importance de l'affaire pour laquelle il aura été requis. Il y aurait lieu aussi de faire disparaître du décret de 1811 les dispositions des articles 17 et 18, et de considérer les médecins comme des experts. M. Giraud examine ensuite le système proposé par l'Association des médecins de France, qui fixe une indemnité pour chaque opération, et dont voici la substance : 1° Unifier le tarif pour toute la France; 2° Considérer les médecins comme des experts et reconnaitre leurs droits aux vacations ; 3° Créer toutefois un honoraire fixe et distinct pour la visite et le rapport ; 4° Déterminer un honoraire fixe pour l'autopsie ou l'opération la plus difficile; 5° Etablir trois catégories d'autopsie : autopsie d'un nouveau-né — autopsie d'un cadavre ordinaire — autopsie après exhumation ; 6° Régler équitablement l'allocation pour les vacations, soit de jour, soit de nuit, en permettant de compter plus de deux vacations par jour; augmenter enfin les indemnités de transport, ainsi que celles afférentes au cas de séjour forcé, en tant qu'on est obligé de passer dans le lieu où se fait l'instruction.

L'orateur conclut en exprimant le désir que le décret relatif à la réquisition des médecins soit remanié, mais qu'il importe, pour le bon fonctionnement de la justice, que les médecins soient tenus de se rendre à toute réquisition des magistrats, et qu'une amende soit infligée en cas de refus.

NOUVELLES SANITAIRES

ÉTRANGER

ESPAGNE. — **L'épidémie cholérique de 1890.** — Depuis le 1er octobre, dans les provinces de Valence, Albacele, Cuenca, Castillon, Tolede et Terragone, on a compté 486 cas suspects et 259 décès.

Actuellement l'épidémie s'atténue dans toutes les localités, sauf Valence où on compte encore six a sept décès par jour.

JAPON. — Depuis le 15 août le choléra fait, comme nous l'avons déjà annoncé de nombreuses victimes. C'est ainsi qu'a Hiago, il y a eu du 15 au 30 septembre : 5108 cas et 2950 décès.

SYRIE. — On continue d'enregistrer quotidiennement à Alep 120 à 180 décès. On en signale toujours à Orfa, Hildip, Beredjiz et Rihana. Le 13 octobre on a signalé aussi 3 cas suspects à Hama et on a dû étendre à dix jours la quarantaine des provenances du Golfe d'Alexandrette.

ARABIE. — Un de nos correspondants nous donne des détails navrants sur l'organisation de la station sanitaire de Tor. Pendant trois jours l'eau potable a fait défaut et les malheureux *hadjis* ont couché sans abri, n'ayant pour nourriture qu'une eau saumâtre et des biscuits moisis. A la Mecque, du 28 juillet au 14 septembre on compte 2785 décès. Il y en a eu de plus, 49 à Yambo et 1337 à Djeddah.

Le Directeur-gérant : HENRI HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEDER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE N° 45 5 NOVEMBRE 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, CHAPUT, DEMELIN, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWALTZ

REVUE GÉNÉRALE

MÉDECINE

La contagion et l'inoculabilité du cancer

I. — L'étiologie des tumeurs malignes semble sortir de la brume qui l'enveloppait jusqu'à présent. On ne se contente plus des mots vagues d'hérédité et de diathèse, qui, faute de mieux, suffisaient à nos prédécesseurs. La science moderne exige des données plus précises, et, comme les théories microbiennes sont actuellement à l'ordre du jour, il était logique que les investigations se tournassent de ce côté. La chute retentissante du bacille de Scheurlen n'a pas découragé les chercheurs : de nouveaux travaux ont surgi, dont beaucoup sont dus à l'école française. On a signalé (Malassez, Darier, Vincent, Rappin, etc), dans les productions épithéliales, l'existence d'organismes inférieurs, de la classe des sporozoaires, dénommés « coccidies » ou « psorospermoses ». Représentent-ils les véritables parasites du cancer ? Jusqu'à ce jour, rien ne permet de l'affirmer, mais rien n'autorise non plus à nier toute relation entre la présence de ces organismes et le développement des tumeurs cancéreuses.

Quoi qu'il en soit, sans insister davantage sur ce point, on est en droit de se demander si le cancer se comporte à l'instar des maladies infectieuses; en d'autres termes, s'il est contagieux et s'il est susceptible de se transmettre par inoculation.

II. — Les anciens croyaient à la contagion du cancer. Zacutus Lusitanus, Peyrilhe, Tulpius en ont rapporté des exemples. Bœrhaave, Morgagni, Récamier en étaient partisans. Récemment encore, Richard Budd (1) citait à l'appui de cette thèse un certain nombre de faits, parmi lesquels nous ne retiendrons que celui de cinq chirurgiens attachés à un hôpital de cancéreux (North Devon Infirmery) et qui, tous les cinq, sont morts d'une affection cancéreuse. On a relaté des cas de contagion entre époux, entre habitants d'une même maison, voire même des cas de transmission de l'homme à l'animal. Il serait oiseux d'en faire ici le dénombrement ; nous nous contenterons d'exposer les frappantes observations que vient de publier sur ce sujet un médecin normand, le Dr Arnaudet (de Cormeilles).

On sait combien les néoplasmes malins sont fréquents en Normandie ; d'après le Dr Rébulet (de Bourgthéroude), les cancéreux y seraient plus communs que les tuberculeux. Les médecins de cette région sont donc bien placés pour étudier les modes de propagation de la maladie. La statistique du Dr Arnaudet embrasse une période de huit ans et porte sur les diverses communes du canton de Cormeilles.

Parmi celles-ci, il en est une qui mérite une mention spéciale : c'est celle de Saint-Sylvestre-de-Cormeilles. La population de cette commune, qui jadis était supérieure à 500 habitants, est tombée actuellement à 379. Durant ces huit dernières années, on y a enregistré 74 décès. Sur ce nombre figurent 11 décès par cancer, c'est-à-dire environ 15 0/0. En calculant le rapport qui existe entre ce chiffre et celui de la population, on trouve que les morts dues au cancer s'élèvent à 0,345 pour 100 habitants et par an. Cette fraction décimale ne dit pas grand'chose à l'esprit ; pour mettre sa valeur en relief, il faut, pour ainsi dire, la regarder au microscope et prendre comme unité un chiffre de population mille fois plus considérable. Si, par exemple, cette localité possédait 100,000 âmes, le taux des décès par cancer y serait, chaque année, de 345. Or, à Paris, d'après les relevés de M. J. Bertillon, la léthalite cancéreuse annuelle dépasse à peine 4 0/0 par rapport aux autres décès et n'atteint pas le taux de 105 pour 100,000 habitants. Il y a donc, toute proportion gardée, trois fois plus de cancéreux à Saint-Sylvestre qu'à Paris. Dans le reste du canton de Cormeilles, ce rapport s'abaisse notablement, la mortalité imputée à la carcinose ne fournit plus qu'un contingent de 9 sur 100 décès, et, rapportée à l'unité de 100,000 habitants, elle n'arrive qu'à 203, ce qui représente encore un chiffre fort respectable.

Deux villages contigus de la commune de Saint-Sylvestre ont été le théâtre d'une sorte de drame, dont les différents épisodes marquent autant d'étapes parcourues par la redoutable affection qui nous occupe. L'un de ces hameaux, dit le Mesnil, est situé sur un plateau ; l'autre, appelé la Vallée-Noire, sur le versant qui fait suite au plateau. En 1880, l'un des habitants du Mesnil

(1) R. BUDD, *Medic. Record*, 1887.

Digitized by Google

meurt d'un cancer de l'estomac ; quatre ans plus tard, un homme de la Vallée-Noire est frappé du même mal et succombe ; sa maison se trouvait à mi-côte, immédiatement au-dessous de la demeure du précédent. L'année suivante (1885), à quelques mois d'intervalle, trois autres habitants de la Vallée-Noire, dont les domiciles, qui se touchaient, étaient situés au bas de la côte, c'est-à-dire au-dessous de ceux des précédentes victimes, sont emportés à leur tour par le cancer. Enfin, en 1887, meurt d'un cancer de l'estomac un habitant du Mesnil, proche voisin du premier décédé. Cette accumulation de six cancéreux s'est repartie sur un carré de terrain dont la longueur n'excède pas 300 mètres.

L'histoire médicale d'une des rues de Cormeilles n'est pas moins fertile en enseignements. Elle est longée par un pâté d'habitations qui s'étendent, en s'étageant, jusqu'à une petite rivière ; à mi-coteau, dominant le bourg, est situé le cimetière. Sur les cinquante-quatre maisons qui composent cette rue, dix-sept, en moins de vingt ans, ont été visitées par le cancer. Plusieurs l'ont été jusqu'à deux fois ; et, pendant la seule année 1884, cette voie ne comptait pas moins de cinq cancéreux. C'était une véritable épidémie. Les cas ont surtout été nombreux vers la partie moyenne de la rue, directement sous-jacente au cimetière. Il y avait là comme un foyer ou, pour mieux dire, comme un nid de cancers.

III. — En présence de ces faits, l'hypothèse de la contagion devient bien séduisante. Certes, il ne saurait être question ici d'une contagion immédiate, s'exerçant à quelques jours d'intervalle, mais bien, suivant l'expression de M. Michaux, de la transmission d'un germe évoluant à son heure, après avoir sommeillé pendant de longues années.

Reste à déterminer quels sont les moyens de diffusion de ce germe.

Dans les hameaux du Mesnil et de la Vallée-Noire, il est à remarquer que la route suivie par le mal est subordonnée à la pente du terrain, c'est-à-dire au sens de l'écoulement des eaux. Asssi M. Arnaudet n'hésite-t-il pas à considérer l'eau comme le vecteur du contage. Les produits cancéreux, sécrétions, vomissements, sont répandus sur l'herbe ou les fumiers qui avoisinent les demeures des malades ; les organismes qui y pullulent sont entraînés par les eaux pluviales et déversés dans les puits et les mares, qui servent aux besoins journaliers de la population. Ainsi s'explique la marche du fléau et ses étapes successives. De même le cimetière de Cormeilles, où sont inhumés les restes des cancéreux, a pu jouer le rôle d'un vaste réceptacle de produits spécifiques, et contaminer d'une façon pareille la partie de la ville située au-dessous de lui.

Comment le germe morbide s'introduit-il dans l'organisme ? La plupart des individus frappés étaient atteints de cancer de l'estomac : c'est donc le tube digestif qui paraît être sa porte d'entrée la plus habituelle. Or, les Normands ne sont pas des buveurs d'eau ; mais ce sont en revanche des buveurs de cidre. Pour la fabrication de ce liquide, ils se servent de l'eau des mares et des puits ; l'eau des mares surtout leur est chère, et ils l'estiment d'autant plus qu'elle est plus adultérée. C'est donc le cidre, cette boisson populaire de la Normandie, qui serait la source de la contagion. Le Dr Olivier (du Havre) a déjà signalé dans le cidre la présence du bacille typhique ; les organismes du cancer y auraient également droit de cité. On conçoit combien cette question est grave et mérite la sollicitude de l'hygiéniste. Trop souvent les aliments, ces matériaux de la vie, apportent avec eux les principes de la mort. Le Dr Podwyssosky (1) ne vient-il pas de démontrer la présence des coccidies dans les œufs de poule fraîchement pondus !

Mais l'eau n'est pas le seul agent de transmission du cancer : il n'est pas très rare de voir des voisins ou des habitants d'une même maison frappés simultanément ou successivement. Le Dr Arnaudet a observé jusqu'à sept fois cette coïncidence. « Force est donc, dit-il, de penser que l'habitation joue son rôle, et que l'on peut contracter le cancer dans la maison d'un cancéreux. » Ainsi s'expliqueraient d'une façon plus satisfaisante que par l'hérédité ces séries de tumeurs malignes, observées sur les membres d'une même famille, et dont Broca a rapporté de curieux exemples. Les descendants vivent aux mêmes lieux que leurs ancêtres, et n'héritent pas seulement de la fortune, mais encore des produits pathogènes dont ceux-ci ont imprégné la demeure. Peut-être arrivera-t-on un jour à désinfecter le logement d'un cancéreux, comme celui d'un varioleux ou d'un diphtérique.

IV. — La doctrine de la contagion est donc étayée sur un certain nombre d'observations qui la rendent, sinon absolue, tout au moins vraisemblable. Il s'agit maintenant de savoir si elle a subi le contrôle de l'expérimentation, en d'autres termes, s'il est possible d'inoculer le cancer. Beaucoup de tentatives ont été faites, mais peu sont démonstratives. Dupuytren et Alibert en France, Lebert, Doutrelepont, Billroth en Allemagne, William Fox, Harley, Laurence en Angleterre, ont institué des expériences, sans résultats positifs. On cite cependant l'exemple d'Alibert, qui, anticontagioniste fervent, eut assez de foi dans son opinion pour s'inoculer des particules de cancer, et qui mourut, paraît-il, d'une affection cancéreuse, témoignant ainsi contre sa propre cause. Récemment Goujon (2) semble avoir reproduit une néoplasie de mauvaise nature chez le rat et le

(2) Podwyssosky. (*Centrablatt für allgem. Pathol. und pathologische Anat.* 5. 1889).

(2) Goujon. (*Thèse de Paris.* 1886).

Digitized by Google

cobaye, et Hanau (1) (de Zurich), a pu inoculer avec succès un cancroïde papillaire trouvé chez un rat à deux animaux de la même espèce.

Les exemples suivants, dus au Dr Rappin (2) (de Sautron), méritent également de fixer l'attention. Cet observateur distingué, bien connu par ses travaux sur les microorganismes du cancer, se livre depuis plusieurs années à de patientes recherches sur l'inoculabilité des tumeurs malignes. Des nombreux lapins qu'il avait mis en expérience, aucun, jusqu'à ce jour, n'avait présenté de production portant la véritable signature du cancer, quand le hasard se chargea d'être son collaborateur. La case où se trouvaient les lapins, dont plusieurs étaient affectés d'ulcérations suppurantes, avait été placée dans un poulailler, et les volailles picoraient à travers les barreaux les herbes et les légumes servant de nourriture aux rongeurs. Or, au bout de quelque temps, apparut à la partie inférieure du bec d'une vieille poule une tumeur qui s'accrut progressivement et atteignit, après quatre ou cinq mois, le volume d'une petite mandarine. L'examen histologique de cette tumeur y révéla la structure de l'épithéliome lobulé. Un second fait est relatif à une chienne âgée, à mamelles traînantes, dont le chenil se trouvait près d'un endroit où étaient jetés les tubes de vieilles cultures et les préparations de rebut. Il y a deux ans, à l'un des mamelons de l'animal se montra une tuméfaction mi-partie dure, mi-partie fluctuante; cette pièce, examinée après ablation, était formée d'un kyste à parois végétants, contenant un liquide louche, et d'une masse épaissie et condensée. Mais, ce qu'il y avait de plus significatif, c'était une chaîne ganglionnaire en rapport avec la partie profonde du néoplasme et paraissant pénétrer profondément dans la cavité abdominale, un commencement de récidive fut, en outre, observé quelque temps après l'opération.

Ainsi, ce que n'avaient pu produire les ensemencements de l'expérimentateur, la nature le réalisa, pour ainsi dire, sous ses yeux. Ces faits tendent à prouver que les nombreux insuccès enregistrés jusqu'à présent tiennent sans doute aux mauvaises conditions des expériences et au peu de soin que l'on apportait à choisir des animaux qui, par leur âge ou leur espèce, ne fussent pas réfractaires au cancer. Ils tendent, en outre, à démontrer que « la contagion de ce mal terrible ne se fait pas, encore une fois, toujours brutalement et par effraction, mais le plus volontiers lentement, sourdement, et, dans le sens propre et littéral du mot contage, par contact répété et constant ».

Em. Tournier.
Interne en médecine des Hôpitaux de Paris.

(1) Hanau (18e *Congr. allem. de Chirurgie,*)
(2) Rappin. (*Gazette Médicale de Nantes*. 1890.)

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

I. *Taches de sang.* — II. *Hallucinations, suicide, responsabilité des hystériques.*

I. **Taches de sang.** — Jusqu'ici, on avait seulement étudié les modifications des taches de sang déterminées par les colorants employés pour la teinture des fibres textiles. Dans la fabrication des papiers peints, on utilise d'autres substances : les sels de fer, le bleu d'outre-mer, les sels de cuivre, le jaune de chrome, les couleurs d'aniline, qui peuvent également modifier les caractères spectroscopiques du sang ou les simuler. M. Russi-Giliberti a institué, à ce point de vue, une série d'expériences qu'il rapporte dans la *Sicilia medica* (1889, nos 11 et 12). Des papiers de tentures, de teintes diverses, ont été plongés dans un bain de sang de bœuf et examinés quelques semaines plus tard. A la lumière d'une lampe, les taches qu'ils présentent ont une teinte rouge brun sur les papiers jaunes et roses; brun de café, sur le papier vert, bleu de ciel ou brun; brun noirâtre, sur les papiers rouges, violets ou bruns. A la lumière du jour, les taches des papiers verts, bleu de ciel et bruns offrent une teinte rougeâtre qui peut en faire soupçonner la provenance.

Les colorants minéraux n'altèrent pas les propriétés spectroscopiques du sang et n'empêchent pas la production des cristaux d'hémine. Ces cristaux ont été recherchés au moyen de la solution de chlorure sodique et de l'acide acétique glacial. M. Russi-Giliberti admet, comme M. Cazeneuve (*Bulletin de la Société chimique*, t. XXVII, p. 260) et M. Linossier (*Annales d'hyg. et de méd. lég.*, 1889, t. II, p. 169), que la réaction spectrale de l'hématine réduite est beaucoup plus sensible que celle de l'oxyhématine et de l'oxyhémoglobine, et quelquefois la seule visible.

Par contre, les colorants organiques d'aniline modifient quelque peu la réaction spectrale du sang, mais sans empêcher la formation des cristaux de Teichmann. Ainsi, à l'examen des taches des papiers violets, on observe, au lieu des deux bandes de l'oxyhémoglobine, une seule bande d'absorption, à limite indéterminée, occupant tout l'espace compris entre les raies D et E de Frauenhofer et s'étendant un peu au delà de la ligne D. Sous l'action du sulfure d'ammonium, les bords deviennent plus nets, et la bande reproduit celle de l'hémoglobine réduite, en s'étendant un peu plus vers la ligne E.

Une macération de ce papier violet, non maculé de sang, reproduit la même bande, moins étendue; mais elle disparaît sous l'influence du sulfure d'ammonium.

Avec la macération du papier rouge taché de sang, on obtient une raie d'absorption commençant au delà de la ligne E et s'étendant jusqu'aux deux tiers de la ligne D; le sulfure d'ammonium ne la modifie pas. La substance colorante seule donne exactement la même bande; toutefois, sous l'action du sulfure d'ammonium, elle prend des bords plus nets et n'occupe plus que la moitié de l'intervalle compris entre E et D, du côté de la ligne E.

Digitized by Google

La recherche du sang, dans ces conditions, est donc assez délicate. Pour lui donner toute la certitude nécessaire, il faut faire une deuxième expérience, ajouter à la macération une quantité de solution saturée de soude caustique égale à la moitié de son volume ; si la solution colorée ne contient pas de sang, elle se décolore complètement et la bande d'absorption disparaît. La présence du sang est, au contraire, démontrée par la persistance de la teinte rouge et la formation de la réaction spectrale caractéristique de la solution sodique d'hématine.

Dans le mémoire cité plus haut, M Linossier préconise la technique suivante pour la recherche spectroscopique du sang :

1° Dissoudre la tache dans l'eau et chercher le spectre de l'hémoglobine ;

2° Additionner la solution d'une goutte d'hyposulfite de soude, qui fait apparaître instantanément le spectre de l'hémoglobine réduite ;

3° Ajouter ensuite au liquide une ou deux gouttes d'une solution concentrée de soude caustique, qui décompose l'hémoglobine en hématine réduite.

Le spectre de l'hématine réduite se compose de deux bandes, dont l'une, seule visible lorsque la solution sanguine est très étendue, est située à égale distance des raies D et E de Frauenhofer, sensiblement au niveau de la région lumineuse qui sépare les deux bandes de l'oxyhémoglobine ; la seconde, plus diffuse, est située entre les raies E et *b*.

Alors même que la solution sanguine serait assez concentrée pour permettre de constater les spectres de l'oxyhémoglobine et de l'hémoglobine, la recherche du spectre de l'hématine réduite serait utile, l'industrie créant chaque jour des substances colorantes dont nous ignorons les caractères optiques. Dans les cas, moins favorables, où la double bande de l'oxyhémoglobine est peu nette, où l'épreuve par l'hydrosulfite de soude fait disparaître tout le spectre, la recherche de l'hématine réduite est concluante.

Enfin, lorsque le sang est très dilué, les spectres de l'oxyhémoglobine et de l'hémoglobine n'apparaissent pas. La constatation de la bande d'hématine réduite, qui ne serait qu'une présomption, en pareil cas, de la présence du sang, doit être confirmée par deux réactions, que M. Linossier considère comme caractéristiques : 1° la bande disparaît si l'on porte le liquide, sans l'agiter, à une température voisine de 50 degrés ; elle reparaît par le refroidissement ; 2° la bande disparaît par agitation de la solution à l'air et reparaît par l'addition d'une nouvelle goutte d'hydrosulfite de soude.

Les agents physiques peuvent, comme les substances tinctoriales, altérer les caractères des taches de sang : l'action d'un fer à repasser, par exemple, porté à une haute température, peut rendre la tache insoluble. Liman avait déjà signalé ce fait. M. Katamaya (*Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med.*) et M. Misuracca (*La Riforma medica*, 1889) ont cherché le point précis où le sang cesse de devenir soluble.

Il résulte de leurs expériences que l'action d'une température de 120 degrés, prolongée pendant une heure, détruit complètement sa solubilité dans l'eau. Mais, dans ces conditions, et même si la température a atteint 140 degrés, le sang reste soluble dans la lessive de soude et l'acide acétique anhydre, qui sont ses meilleurs dissolvants et lui conservent ses caractères spectroscopiques. On peut toujours obtenir des cristaux d'hémine si la température n'a pas dépassé 120 degrés ; une température supérieure à 160 degrés empêche toujours leur formation.

M. d'Arsonval (*Archives de physiologie*, 1890, n° 2) a observé, au moyen de la photographie, que l'hémoglobine oxygénée présente, dans la région invisible du spectre correspondant à l'ultra-violet, une troisième bande d'absorption s'étendant de la raie G au delà de la raie H^2. Cette découverte offre un grand intérêt médico-légal, puisqu'elle permet de constater la troisième raie d'absorption lorsque le sang est dix fois trop dilué pour qu'on aperçoive les deux bandes du jaune. En outre, elle permet de différencier le spectre de l'hémoglobine du spectre du carmin qui présente seulement les deux bandes du jaune : mais, actuellement, telle qu'elle est exposée par l'auteur, la technique de ce procédé est compliquée et nécessite un outillage qui en fait essentiellement une méthode de laboratoire.

II. **Hallucinations, suicide, responsabilité des hystériques.** — Les hystériques sont menteurs, simulateurs, cabotins ; c'est là une notion devenue banale Ont-ils conscience de leurs mensonges, de l'affectation dont leurs actes sont empreints, ou, au contraire, leur caractéristique mentale relève-t-elle de leur état pathologique ? M. Pitres adopte cette dernière opinion.

Très fréquemment, en effet, les hystériques sont le jouet d'hallucinations sensorielles, dont le souvenir sistant peut devenir le point de départ de systématisations délirantes très complexes.

Les autobiographies de quelques hystériques célèbres, les travaux de l'école de la Salpêtrière permettent d'en préciser les caractères cliniques : leurs hallucinations sont habituellement visuelles, mobiles, fortement objectivées, souvent érotiques, et accompagnées de phénomènes douloureux persistants ; leur souvenir reste ineffaçablement gravé dans la mémoire des malades qui en sont atteints, et elles peuvent être la cause d'auto-suggestions à effets persistants.

Les tribunaux ont souvent à s'occuper des hystériques. Tout récemment, M. Grasset a publié l'histoire d'une hystérique, dont la rouerie avait failli avoir de graves conséquences (*Montpellier médical*) ; le souvenir de l'affaire de la Roncière est encore vivant au Palais (Legrand du Saulle), et, au moyen âge, elles ont joué un grand rôle. Lorsqu'une accusation repose uniquement sur le témoignage d'une hystérique, il ne faut pas s'obstiner à trouver un coupable dans l'accusé, ou une menteuse dans l'accusatrice. Il faut se rappeler que, dans la grande majorité des cas, les hystériques qui dénoncent des innocents racontent des aventures invraisemblables ou se posent en victimes d'outrages irréalisés, sont sincères dans leurs dépositions, que ce sont des hallucinées, et non pas de vulgaires simulatrices.

Digitized by Google

De même les tentatives de suicide des hystériques ne sont pas toujours une fantaisie, une mise en scène. M. Pitres, s'appuyant sur dix observations, montre que le suicide des hystériques peut résulter d'une détermination soudaine et irréfléchie, et que si leurs tentatives de suicide n'entraînent pas plus souvent la mort, c'est parce qu'ordinairement elles ne sont pas préméditées. — M. Hospital a relevé le même caractère impulsif dans les actes de deux hystériques infanticides (*Annales médico-psychol.*, sept. 1890).

Voici encore une nouvelle publication sur la responsabilité des hystériques. D'après M. Bianchi (*Rivista sperim.*, XVI, fasc. 3), l'hystérique est irresponsable, quel que soit l'acte commis et les circonstances qui l'ont accompagné, lorsque le malade est en état de délire hystérique ou de dédoublement de la personnalité. Le dédoublement de la personnalité s'observerait assez fréquemment si l'on prêtait plus d'attention aux cas frustes. A l'inverse du somnambulisme naturel, le somnambulisme provoqué ne supprime pas la responsabilité, les sujets hypnotisés pouvant résister aux suggestions criminelles.

Lorsqu'il s'agit de cas intermédiaires entre l'hystérie cérébrale grave et l'état normal, l'étude minutieuse du crime en lui-même et des circonstances dans lesquelles il a été commis peut seule guider le médecin légiste. On a, d'ailleurs, ajoute M. Bianchi, beaucoup exagéré l'influence de l'hystérie sur la responsabilité ; beaucoup d'actes, malgré le cachet naïf, dramatique ou grotesque qu'ils présentent, s'expliquent, aussi bien chez les hystériques que chez les sujets normaux, par des mobiles intéressés, et sont parfaitement conscients. L'hystérie, lorsqu'elle entre en jeu, leur donne seulement un certain brillant et un air de sincérité qui peuvent souvent induire en erreur. Sans doute, il faut tenir compte de la possibilité d'une suggestion ou d'une auto-suggestion résultant d'une illusion ou d'une hallucination ; mais, le plus souvent, il est possible de démontrer que le délit a été conscient, qu'aucune suggestion n'est intervenue, et que rien ne peut en atténuer la responsabilité.

Dr Cénas,

Médecin de l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne.

LA RÉFORME DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

L'organisation des services de chirurgie de Paris

La plupart de nos services de chirurgie sont organisés d'une manière défectueuse. Même les meilleurs et les plus antiseptiques présentent encore dans leur organisation générale des défauts et des lacunes considérables. Il suffit pour s'en rendre compte de comparer l'état de choses actuel avec l'organisation idéale que décrivait récemment l'éminent chirurgien de Bichat.

Avec une ténacité et une volonté extraordinaires, M. Terrier est arrivé à organiser un service qui approche beaucoup de la perfection. Mais il a dû, pour arriver à ce résultat, s'entourer d'un état-major de chirurgiens des hôpitaux et d'anciens internes qui remplissent chez lui les fonctions d'assistants et de chef de laboratoire.

Tous les services n'en sont pas à ce degré de perfection et M. Terrier ne nous dit pas que la plupart des hôpitaux sont organisés d'une façon déplorable, même au point de vue du matériel.

Dans combien d'hôpitaux ne voyons-nous pas des salles d'opération laides, malpropres, incommodes ; on n'y a rien changé depuis cinquante ans! Ailleurs on a imaginé de construire des amphithéâtres et même des pavillons d'ovariotomie communes à plusieurs chirurgiens. Est-il irrationnel, est-il injuste de supposer que dans certains cas un chirurgien médiocrement antiseptique a pu gêner ses collègues inquiets de ce voisinage dangereux?

Dans plusieurs hôpitaux les mêmes amphithéâtres ne sont pas de plein pied avec les salles de malades, et, si vous voulez avoir une idée des avantages de cette organisation, entrez à l'Hôtel-Dieu à certains jours, vous y verrez deux infirmiers portant sur un brancard, avec heurts et cahots, des malades à qui l'on fait descendre et remonter des escaliers. On les fait passer sous le portique, exposés au froid et à la pluie. On les secoue ainsi et vigoureusement sur un trajet de plusieurs centaines de mètres. Vous vous étonnez d'abord que ce mode de transport déjà fort désagréable pour un homme bien portant soit imposé à des malades. Vous pensez ensuite qu'il s'agit de malades qui vont au bain ou qu'on change de salle. Erreur! les malheureux sont des opérés, ils viennent de subir une intervention grave, dans une pièce surchauffée ; ils ont un membre réséqué qu'il faut maintenir, un moignon qu'il faut surveiller. Peu importe, on les fera passer par la cour au risque de complications pulmonaires, on leur fera descendre les escaliers, on les cahotera et on secouera malgré leur résection, malgré leur moignon, parce qu'il n'y a pas moyen de faire autrement dans le premier hôpital de Paris. Aussi quand les étrangers viennent visiter l'Hôtel-Dieu pour voir ce qui se fait chez nous, remportent-ils une triste idée de notre organisation matérielle. Il est heureux que par compensation ils y trouvent un enseignement clinique admirable.

Je ne parlerai point de l'aménagement intérieur des salles d'opération, que chaque chirurgien organise à sa façon, mais je ne puis m'empêcher de remarquer que dans la plupart des services l'éclairage de l'amphithéâtre est des plus défectueux pour les opérations de nuit. On est obligé de faire tenir par des infirmiers plusieurs lampes à huile pour n'obtenir qu'une clarté très médiocre. A certains moments la lampe charbonne, il faut la remonter, parfois elle s'éteint définitivement. Ou bien encore l'infirmier se trouve mal, de là des scènes inénarrables.

L'arsenal chirurgical de la plupart des services actuels est encore très incomplet. Si nous n'avions la ressource de nos fabricants d'instruments qui nous prêtent avec une complaisance parfaite tout ce dont nous avons besoin, nous serions très souvent embarrassés pour certaines opérations,

Digitized by Google

Il est aussi très exceptionnel de trouver dans nos hôpitaux des aiguilles et des fils de suture convenables pour les opérations de l'intestin, et cependant on intervient très souvent d'urgence pour les plaies et affections de cet organe. Qu'en résulte-t-il? C'est que les malades sont souvent victimes de fautes opératoires liées à une instrumentation défectueuse. Car il faut le remarquer, c'est toujours le malade qui paie les conséquences de nos défauts et de notre organisation.

Il manque à nos services de Paris d'avoir un serviteur consacré exclusivement à la salle d'opération, qui s'occupe des instruments, des appareils et qui n'ait aucun contact avec les malades afin d'éviter la contagion.

Enfin nous n'avons pas adopté comme les Allemands le type des pavillons isolés. Aussi est-il très difficile de réaliser ce que réclame M. Terrier, c'est-à-dire la séparation des malades non infectés de ceux infectés et des malades en observation.

Les lacunes que je viens de signaler ont sans doute leur importance, mais il faut bien avouer qu'on peut espérer les voir disparaître dans un avenir peu éloigné.

Il n'en est pas de même de l'organisation du personnel.

Le chirurgien a sous ses ordres d'une part le personnel médical et d'autre part des surveillantes et des serviteurs.

Je ne parlerai pas des externes, c'est une institution à supprimer comme l'a démontré si justement M. Huchard.

L'interne constitue le rouage le plus important du service. Il a tout à faire, il doit tout savoir; malheureusement comme il y a des limites au dévouement et aux forces humaines, l'interne est écrasé par sa besogne et service marche mal.

J'affirme qu'il n'y a pas un service de chirurgien où l'on prenne convenablement et régulièrement toutes les observations intéressantes avec les examens histologiques qu'elles comportent, a moins de faire appel à des personnes étrangères.

L'interne, en effet, a une besogne et une responsabilité écrasante et doit théoriquement posséder les connaissances les plus variées.

Le matin il suit la visite et aide aux opérations, il fait les pansements, la consultation et les autopsies quoique l'antisepsie doive en souffrir. Le soir il doit, à la contre-visite, faire quelques pansements, surveiller les opérés, examiner les nouveaux, prendre les observations. Ne trouvez-vous pas le rôle déjà écrasant? mais là ne s'arrêtent pas ses fonctions. Il devrait encore faire les examens histologiques et bactériologiques, besogne qui, à elle seule, suffirait à absorber l'activité d'un anatomo-pathologiste de profession.

Tel est son rôle dans le service. Mais il a bien d'autres choses encore à faire au dehors. Souvent il aide son maître en ville à des opérations. L'après-midi il fréquente l'Ecole pratique ou bien le laboratoire. Enfin, comme il est en cours d'études, il doit compléter son instruction médicale, apprendre avec la chirurgie, la médecine, les yeux, les oreilles, la peau, les accouchements, les enfants, la gynécologie, et passer des examens. Reste la préparation des concours, adjuvat, prosectorat, médaille d'or, souvent coup sur coup et plusieurs fois par an.

Avec de telles occupations on a le droit de s'étonner que les internes trouvent le temps de prendre quelques observations et de soigner les malades.

Que résulte-t-il de cet état de choses?

Les consultations sont mal faites, les observations prises trop rapidement ou irrégulièrement, les autopsies et les examens microscopiques sacrifiés. Souvent enfin les malades en pâtissent, car retenu au dehors par ses nombreuses occupations, l'interne manque trop souvent sa contre-visite.

Quand on a la bonne fortune de rencontrer des internes instruits, travailleurs, aimant la chirurgie et surtout décidés à ne pas concourir, on peut espérer que le service marchera convenablement au point de vue des soins à donner aux malades. Restent les examens histologiques qu'on ne peut obtenir, même avec les internes modèles; il est difficile, en effet, de se fatiguer à l'hôpital et de s'éreinter au laboratoire; souvent aussi la compétence fait défaut.

D'ailleurs, cet interne modèle, qu'on ne saurait trop admirer, est un type complexe et difficile à remontrer; en première et seconde année il est inexpérimenté, en quatrième année le souci de sa thèse, du concours de médaille et de son établissement le talonnent. On peut donc dire qu'un très bon interne n'est parfait qu'en troisième année.

Il ne suffit pas de rencontrer cet interne rare, il faut faire son éducation, l'habituer à sa méthode, ce qui demande plusieurs mois. Rapidement les vacances arrivent, et l'on n'en profite que les derniers mois de l'année. Au nouvel an l'interne part, vite à un autre, bon ou mauvais cette fois qu'il faudra de nouveau dresser pour le voir disparaître comme le premier.

A côté des internes modèles, il y en a de très distingués, très intelligents, très travailleurs, mais trop occupés de leurs concours pour consacrer tout leur temps au service. Ces internes passent leur journée à l'Ecole pratique, et viennent ensuite servir d'aides pour les laparotomies.

Il faut encore compter avec les internes fatigués, malades, avec les paresseux, rares heureusement.

Les internes de première année se reposent de leur concours et font un peu la fête, tandis que ceux de quatrième ne pensent plus qu'à leur thèse, à leur installation et souvent quittent leur chef au milieu de l'année pour prendre une clientèle.

Enfin il y a les internes qui se destinent à la médecine mais qui, faute de place, se trouvent égarés en chirurgie. Il ne prennent aucun intérêt au service et quelques-uns regardent avec une condescendance mêlée de mépris cet art mécanique de la chirurgie, si inférieur, disent-ils, à la médecine.

Les internes parfaits sont, en somme, une véritable exception; je n'en ai connu qu'un petit nombre. Moi-même, j'ai été un interne insuffisant, et tous ceux qui ont concouru pendant leur internat doivent faire le même aveu, et cependant on ne saurait les accuser d'avoir manqué d'activité ni de courage.

Digitized by Google

Que conclure de tout cela, sinon que la chirurgie s'étant transformée, compliquée, l'internat (créé, d'ailleurs, au commencement de ce siècle) n'est plus à la hauteur des besoins actuels. On ne peut demander à un interne de tout savoir et de tout faire, pansements, consultation, autopsies, contre-visite, observations, examens histologiques et bactériologiques, et de concourir et de produire en même temps. A chacun sa peine et chaque chose en son temps.

Il faut que l'interne soit relevé d'une partie de ses trop lourdes fonctions, il faut ajouter au personnel des services des assistants chargés des consultations et de la surveillance générale, il y faut encore des préparateurs qui fassent les autopsies et les examens histologiques. Il faut que l'interne ne soit plus que ce qu'il était à l'origine, c'est-à-dire un étudiant d'élite, à qui on donne des facilités exceptionnelles pour faire de la bonne clinique. Pendant son internat, il achèvera sa médecine, apprendra à fond son métier, se débrouillera en histologie et après avoir passé tranquillement sa thèse, pourra devenir à son tour assistant et s'occuper alors de clinique savante et de recherches personnelles.

C'est donc pour suppléer à l'insuffisance de nombre des internes que je demande les assistants et les préparateurs. On ne peut, en effet, augmenter le nombre des internes sans détruire la valeur du concours. D'autre part, les internes seraient plus nombreux que le service n'en irait pas beaucoup mieux pour cela, puisque on n'aurait pas remédié au défaut capital de l'institution, le trop court séjour des internes dans chaque service.

Je crois défendre, en somme, les intérêts de cette admirable institution en demandant qu'à côté des internes on nomme des assistants et des préparateurs. Les internes ont tout à y gagner, rien à y perdre.

(*A suivre*). Dr H. Chaput.

Chirurgien des hôpitaux.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

THÉRAPEUTIQUE

De l'eau chaude contre les hémorragies nasales et les hémorrhoïdes, par M. Alvin. — L'auteur conseille cette médication contre les hémorragies nasales rebelles, et emploie le procédé suivant (*Loire Méd.*, oct. 1890) :

1° La température ne doit pas être inférieure à 53°, et doit être maintenue avec soin pendant toute la durée des manœuvres. A défaut de thermomètre, on emploiera un mélange à parties égales d'eau bouillante et d'eau à la température ordinaire.

2° Autant que possible, l'irrigation doit être continue. La canule doit mesurer un tiers de centimètre de diamètre au moins. La vitesse du courant sera celle que donnerait la pression d'une colonne d'eau d'un mètre à un mètre et demi. La canule doit obturer la narine. Ces conditions sont de rigueur pour obtenir un courant entrant par une narine et sortant par l'autre, et qui permette d'atteindre les points hémorragiques situés dans le naso pharynx.

3° On conseillera au malade de respirer bruyamment avec la bouche, afin que le courant liquide ne passe pas dans la gorge. L'injection sera dirigée par la narine d'où s'écoule le sang d'abord. On injectera par les deux, en cas d'insuccès par une seule. La tête sera légèrement penchée en avant, en dirigeant le jet suivant le plancher des fosses nasales.

4° Quand l'eau de retour est incolore, l'opération a réussi. Le succès d'une opération bien faite est prompt. Le plus souvent trois à cinq secondes suffisent.

Contre les hémorrhoïdes procidentes et tuméfiées, on applique sur la tumeur, après chaque défécation, une éponge imbibée d'eau à une température variant de 53° à 60° et cette application doit être renouvelée jusqu'à sensation de cuisson vive et persistante. Sécher ensuite avec un linge fin, sans frotter. Pour éviter la démangeaison, faire une embrocation avec un mélange au cinquième d'onguent napolitain et de vaseline. Au bout de quelques jours, les bourrelets deviennent souples et se réduisent. H. M.

Du gavage dans la paralysie diphtéritique du voile du palais et du pharynx, par M. Faguet. — Notre collègue, interne distingué des hôpitaux de Bordeaux, démontre l'utilité de ce mode d'alimentation par des observations probantes (*Journal de Méd. de Bordeaux*, 26 oct. 1890).

En effet, le gavage permet de remplir l'indication fondamentale du traitement et de la paralysie diphtéritique limitée au voile du palais et au pharynx. Les observations montrent d'une façon incontestable les avantages de cette pratique connue depuis longtemps, mais trop souvent négligée.

On *peut* et on *doit* donc nourrir les malades à l'aide de la sonde œsophagienne, lorsque les aliments qu'ils prennent passent en totalité ou en grande partie par la plaie trachéale ou les fosses nasales.

L'introduction de la sonde par le nez est beaucoup plus avantageuse à tous les points de vue et, chez les enfants indociles surtout, elle doit être préférée à l'introduction par la bouche.

S. R.

De l'action physiologique du thé du Paraguay, par M. Chaustoun Charles. — Ces recherches ne sont point les premières dont le maté fait l'objet. On connait la richesse de ce végétal en caféine, et ses propriétés physiologiques sont donc celles de cet alcaloïde (*Brit. Méd. Journal*, 26 juillet 1890).

C'est la matéine dont l'auteur a fait usage. A la dose de cinq à quinze centigrammes, il a constaté sur lui-même et quelques-uns de ses amis, une faible élévation de la tension sanguine. Cette augmentation persistait pendant un temps plus ou moins considérable. Quand la dose était plus faible, deux à trois centigrammes, l'impulsion cardiaque était amplifiée en force et diminuée en nombre. Quand cette dose était élevée à vingt centigrammes, les battements du cœur devenaient irréguliers et plus fréquents.

Il y avait augmentation de l'urée, de l'acide phosphorique, des matériaux solubles et de la quantité totale des urines.

Enfin, il a constaté encore une diminution de la quantité d'acide carbonique éliminé par les voies respiratoires. De plus, ayant soumis des vélocipédistes à l'action de ce médicament, il a noté que le maté produit la défatigue musculaire et cérébrale. Cette action parait s'exercer sur la totalité du système musculaire de l'économie. S. R.

REVUE DES LIVRES

Hygiène alimentaire dans la thérapeutique des maladies, par le Dr Fr. Scohy, mémoire couronné par l'Académie royale de médecine de Belgique. (J.-B Baillière 1890, à Paris, et Aug. Peeters-Ruelens, à Louvain.

Ce travail est une revue détaillée de la question. L'auteur montre d'abord la composition des différents aliments solides ou liquides des différents règnes ; nous n'adopterons pas complètement la

Digitized by Google

classification de l'auteur qui range dans les condiments : l'huile, le beurre, les graisses, le miel qui sont de vrais aliments.

La pepsine, la pancréatine, la papaïne n'ont rien à faire avec les aliments, ce sont des médicaments. Cette critique n'enlève rien à la valeur de l'ouvrage, c'est une simple correction d'étiquette.

Après cette étude des aliments, l'auteur examine les voies d'introduction habituelle ou extraordinaire des aliments et le régime en général, aux différents âges, dans les différentes conditions sociales. Ce chapitre comprend des tableaux intéressants à consulter : ration des ouvriers mineurs et lamineurs (Charleroi), régime des hôpitaux (Liège, Louvain).

Après l'alimentation de l'homme sain vient celle de l'homme malade : diètes diverses, régimes spéciaux rangés selon l'appareil atteint. Après la maladie, l'homme ne doit pas être rendu à la vie commune et le convalescent a son aliment à surveiller. L'auteur insiste sur la nécessité des asiles spéciaux de convalescents.

Ce mémoire sur un sujet, en somme, assez vaste, a le grand avantage d'avoir rassemblé une série de renseignements épars et qu'on sera heureux de trouver là.

H. G.

Erythème noueux palustre, par M. le Dr Moncorvo. (Paris, Steinheil, édit.).

Dans cette leçon, il est rapporté deux cas nouveaux de cette manifestation cutanée de l'impaludisme, étudiée d'abord par Obedenaro (Bukarest) en 1869 et d'une manière plus approfondie par M. Stoicesco (Bukarest) (1).

Cette éruption peut se présenter à toutes les périodes de l'enfance, mais surtout de la deuxième à la cinquième année. Plus fréquente chez les filles, il semblerait que le tempérament nerveux serait une prédisposition. La lésion élémentaire consiste en nodules isolés, arrondis ou réunis en plaques rouges ou rouge jaunâtre, siégeant de préférence à la partie antérieure des jambes et aux avant-bras, cependant la partie postérieure peut être atteinte, et la face elle-même.

Les nodules sont douloureux, saillent plus, lors des élévations thermiques et passent successivement par des phases régressives analogues aux ecchymoses.

Le sulfate de quinine, spécifique de la malaria, amène la guérison de l'éruption avec celui des accidents de l'impaludisme.

H. G.

Diagnostic des maladies chirurgicales, par M. Albert, professeur à la Faculté de médecine de Vienne, traduit de l'allemand, par MM. le Drs Thiriar et Laurent (Monceaux, Bruxelles 1890).

Le livre de M. le Dr Albert, le sympathique chirurgien de l'hôpital général de Vienne, en est à sa quatrième édition ; c'est dire tout le succès qu'il a eu auprès des médecins et des élèves. Nous en trouvons la raison dans la haute notoriété de l'auteur et plus encore dans la façon simple, concise et pratique dont sont traités pour chaque région les diagnostics de leurs affections chirurgicales.

C'est un livre essentiellement clinique et qui pourra être consulté avec fruit par tous les praticiens.

Nous ne pouvons que féliciter les traducteurs d'avoir fait connaître cette œuvre éminemment utile.

Dr Schwartz.

Bulletin de la Société médicale de l'Yonne (t. XXX, année 1889).

Les médecins du département de l'Yonne sont des laborieux. On s'en doute bien quand on est à même par sa profession de journaliste de correspondre avec eux. On peut l'apprendre en lisant le recueil des travaux que chaque année la vaillante Société publie.

C'est donc avec juste raison que son distingué secrétaire général, M. le Dr Duché, a pu écrire en tête de ce volume ces paroles si vraies : « Ces mémoires présentés à la Société » médicale durant l'année 1888, le cèdent à leurs devanciers » un peu par le nombre, *mais non par l'importance* des sujets » traités. »

Ce n'est point, je pense, à la multiplicité des travaux, mais à leur haute valeur que l'on juge de la vitalité scientifique d'un corps savant. Ce bulletin en donne la preuve :

Voici d'abord la relation d'une *épidémie de fièvre typhoïde* par M. le Dr Roché, où notre confrère, sagace observateur, a su dépister l'origine de la maladie, et clairement en démontrer la pathogénie dans l'emploi alimentaire d'une eau contaminée. De tels travaux cliniques font plus pour le triomphe d'une théorie que le récit d'observations de laboratoire.

Au reste, la clinique est en faveur auprès de nos confrères de l'Yonne : M. Dionis des Curnères l'a prouvé par un mémoire sur la *guérison d'un cas de goître par les injections interstitielles de perchlorure de fer* ; M. Pied, par l'observation d'un *cas d'éventration avec issue de l'intestin* et *guérison* ; M. C. Duché par l'histoire d'un cas *d'étranglement interne* avec *coexistence de hernie* guérie spontanément ; M. Rousseau, par un travail sur l'*étiologie de la paralysie générale* à propos d'un cas grave de pseudo-paralysie générale alcoolique et M. Péchénot par un cas de *rupture spontanée* du cœur : communication d'autant plus intéressante qu'elle est accompagnée du procès verbal de l'autopsie et que la rupture siégeait sur les parois du ventricule gauche.

A côté de ces travaux de médecins exerçant dans le département, il faudrait citer encore des communications de MM. H. Huchard, Schwartz, Potherat, Boucheron qui, de loin, collaborent à l'œuvre scientifique de cette Société. C'est encore une manière de pratiquer la décentralisation scientifique et, en attendant l'autre ; celle-là, du moins, a sa valeur. Décidément, comme je l'écrivais en commençant, nos confrères de l'Yonne sont médecins laborieux, et on ne saurait trop engager les travailleurs à consulter leurs observations et le Bulletin où elles sont régulièrement publiées.

Pour ma part, je suis heureux de leur témoigner ici toute la sympathie avec laquelle le *Journal des Praticiens* suit le développement prospère de leur amicale association.

Ch. Eloy.

Du vertige cardio-vasculaire ou vertige des artério-scléreux, par M. le Dr Grasset, professeur à la Faculté de Montpellier (Montpellier et Paris 1890).

On ne saurait trop recommander la lecture de ces leçons cliniques qui, au sujet du vertige cardio-vasculaire, passent en revue les principales variétés des vertiges. Au sujet du vertige cardio-vasculaire, M. Grasset insiste sur le diagnostic précoce de l'artério-sclérose, de cette maladie dont M. Huchard, dit-il, a développé et vulgarisé « l'importance pathogénique ». Dans la 3e leçon, M. Grasset insiste très judicieusement sur un ordre de symptômes importants dans les artério-scléroses viscérales : il s'agit des insuffisances de fonctionnement des organes, appelés *miopragies* par Potain, et *méiopragies* par Huchard, et que l'on peut assimiler à des claudications intermittentes des organes. Ces insuffisances de fonctionnement se traduisant suivant les organes par des symptômes divers, résultent de l'insuffisance de circulation et de nutrition dans les viscères mal nourris par des vaisseaux sclérosés et rétrécis. Le savant clinicien arrive à démontrer que l'artério-sclérose peut provoquer par sa localisation sur les centres nerveux, les trois grands types ou plutôt les trois degrés de vertiges ; le vertige simple, le vertige avec crises épileptiformes, le vertige avec

(1) Voir : *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1889, p. 451.

Digitized by Google

pouls lent permanent et attaques syncopales ou épileptiformes.

Ces remarquables leçons se terminent par le traitement de ces différentes espèces de vertiges, traitement dont nous avons donné les indications, d'après le professeur de Montpellier.

Ce travail de M. Grasset sera lu avec le plus vif intérêt par tous ceux qui, s'intéressant à la question de l'artério-sclérose et à la vraie clinique, voudront admirer avec nous, la science et le talent médical d'un des professeurs qui honorent le plus l'enseignement de notre pays. H. H.

REVUE PROFESSIONNELLE

L'assurance mutuelle contre les maladies et l'Association générale des médecins de France. — Le projet des Sociétés locales du Sud-Ouest.

Cette question est-elle sur le point de recevoir une solution? L'affirmer serait probablement présumer beaucoup trop.

En tout cas un premier pas vient d'être fait dans cette voie par les présidents ou délégués des Sociétés locales du Sud-ouest, réunis à Bordeaux, le 12 octobre dernier.

Voici les principales dispositions de leur projet qui réaliserait *l'œuvre d'assurance mutuelle contre les risques de maladie* et appliquerait à la généralité des médecins français associés, les bénéfices de l'institution parisienne de l'Assurance médicale mutuelle, dont notre cher et dévoué confrère, M. le Dr Gallet Lagogney, s'est fait l'initiateur.

Tout membre d'une Société locale qui demandera à s'assurer une indemnité pour la *durée de maladies le mettant dans l'impossibilité d'exercer sa profession*, aura un compte spécial ouvert sur les registres du trésorier en conformité des *conditions suivantes* :

1° Au moment où il demande son inscription pour cette assurance mutuelle, le sociétaire doit être âgé de 35 ans au plus, et fournir un certificat constatant qu'il n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité pouvant entraîner l'incapacité de travail professionnel.

Ce certificat délivré par un médecin *faisant partie de l'Association* et contre-signé par le Délégué du Conseil administratif, sera soumis à l'appréciation du Conseil qui prononcera ou non l'admission.

Toutefois, et par mesure transitoire, des membres de l'Association âgés actuellement de plus de 55 ans seront admis, dans le courant de la première année seulenent, à faire partie de l'œuvre, mais à des conditions qui seront déterminées ultérieurement,

2° Le Sociétaire admis doit payer directement entre les mains du Trésorier une somme annuelle de 60 francs, cotisation à l'Association comprise. Cette somme sera soldée par semestre et d'avance, avant le 1er janvier et le 1er juillet de chaque année, faute de quoi le droit à l'indemnité serait suspendu et ne pourrait être repris que trois mois après le paiement intégral de l'arriéré et du semestre suivant.

De son côté, la Société s'engage :

1° A consacrer exclusivement au service de l'indemnité en cas de maladie toutes les sommes provenant de ces cotisations spéciales et toutes celles qui proviennent de dons ou legs avec affectation à cette œuvre.

Chaque année, en fin d'exercice, le Trésorier verse à la Caisse centrale de l'Assurance en cas de maladie, dont le siège est à Paris, les excédents provenant de ces recettes et, s'il est en insuffisance de ressources, le Trésorier fait appel à ladite Caisse,

2° A allouer une indemnité de 5 francs par jour pour toute maladie dûment constatée, entrainant une incapacité de travail professionnel ayant duré plus de cinq jours et moins de six mois : les cinq premiers jours ne devant d'ailleurs pas entrer en ligne de compte.

3° A allouer, après le sixième mois, pendant toute la durée de la maladie et tant que les ressources de l'œuvre d'indemnité-maladie le permettront, une indemnité de 2 fr. 50 c. par jour.

4° Les indemnités seront doublées pour les associés-assurés payant la cotisation de 120 francs.

5° Le droit à l'indemnité n'est acquis qu'après l'expiration du premier semestre de cotisation spéciale et après le versement du second.

6° Dès qu'un associé-assuré est malade, il doit aviser le President et le Délégué du Conseil d'administration. Celui-ci s'assure de l'incapacité de travail professionnel; il en constate la durée et délivre les certificats nécessaires pour le règlement de l'indemnité.

9° Ce règlement des indemnités est ordonnancé par le Président, en Conseil d'administration, au moins une fois tous les deux mois.

8° Tant qu'ils résideront hors du territoire français, les associés-assurés ne pourront pas jouir du droit à l'indemnité.

Ce projet est signé des noms estimés de MM. Lacombe, Pedebidon, délégués des Sociétés du Sud-ouest et de MM. Hameau et Saint-Philippe (de Bordeaux) ; mais c'est un projet seulement. Il est vrai que le Conseil général de l'Association paraît disposé à lui faire un bon accueil et qu'il va être soumis à toutes les Sociétés locales qui l'étudieront et donneront leur avis.

Pour notre part, nous applaudissons chaleureusement à l'initiative de nos confrères du Sud-Ouest. Ce n'est pas la première fois que les bonnes idées viennent du pays girondin. Ch. E.

CHRONIQUE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

I. *Etudiants en médecine et loi de* 1890. — II. *La décision ministérielle du 7 octobre* 1890. — III. *Les étudiants en médecine déjà sous les drapeaux.*

I. — L'application de la loi militaire nouvelle aux étudiants en médecine soulève des difficultés. Je ne parle pas des engagés conditionnels de l'année actuelle, ils font leur service comme ceux qui, avant eux, sont venus sous les drapeaux. Encore qu'il y aurait peut-être à montrer l'anomalie, dont on va se trouver témoins pendant l'année 1890 91, d'étudiants en médecine possédant le même nombre d'inscriptions, servant dans un même régiment, les uns comme engagés conditionnels (ancienne loi), les autres comme fantassins (nouvelle loi)?

Si une décision ministérielle pouvait, on le pensait, faire disparaître cette anomalie, je crois bien que la suivante contribuera plutôt à la rendre plus flagrante.

II. — Voici quelques extraits de la circulaire datée du 7 octobre dernier. Elle concerne seulement les étudiants appelés sous les drapeaux en 1890 et paraît de nature à éclairer ces derniers sur la situation qui leur est faite par la nouvelle loi militaire.

Digitized by Google

On sait déjà qu'ils seront répartis dans les mêmes corps de troupe d'infanterie que les recrues de leur subdivision de région et que conséquemment ils porteront le fusil au même titre que ces derniers. Cette période préparatoire d'exercices militaires durera six mois quel que soit l'état de leur scolarité.

Cette décision a été adoptée malgré les efforts de la septième Direction qui estimait plus utile au bien de l'armée, et, — elle n'était pas seule à le penser, — de donner à ces futurs médecins une éducation professionnelle militaire.

D'autres avis ont prévalu. Pourquoi? Il est inutile de le dire : mais on a voulu, conception plus politique que militaire, imposer une égalité de traitement à toutes les recrues, contrairement à ce principe de sagesse élémentaire d'après lequel, dans une armée bien organisée, on doit utiliser chacun au mieux de ses aptitudes et de ses connaissances. Donc, six mois durant, les étudiants en médecine porteront le sac et la giberne. Ce seront, sans nul doute, de médiocres fantassins ; mais enfin, sur le papier, on en aura fait des combattants et les principes du nivellement universel, — ce qui n'est point celui de l'égalité et de l'équivalence, — sera sauf.

A dater du septième mois, l'arrêté ministériel prescrit :

De leur faire suivre les cours et exercices spéciaux aux infirmiers et brancardiers régimentaires et des conférences sur le service de santé en campagne. Cette instruction leur sera donnée par les médecins des régiments, sous la direction des médecins-majors, suivant un programme approuvé par le chef de corps et aux heures réservées aux séances d'exercices corporels.

Pendant les manœuvres en pays de montagnes, un certain nombre d'étudiants en médecine, pris parmi ceux qui posséderont le plus grand nombre d'inscriptions et auront fait preuve de connaissances nécessaires, seront attachés aux bataillons alpins ; ils y rempliront les fonctions de médecin auxiliaire et jouiront des avantages actuellement concédés aux engagés conditionnels, médecins affectés à ces bataillons.

Tous les cours et exercices professionnels spéciaux donneront lieu, de la part des médecins-majors des régiments, à des notes qui seront remises par eux aux chefs de corps, et dont il sera tenu compte pour le renvoi de ces étudiants ou pour leur maintien sous les drapeaux, conformément à la loi et aux règles tracées par la circulaire ministérielle du 28 mai 1890.

Pendant la période de quatre semaines qui précédera leur passage dans la réserve, ces jeunes gens suivront dans les hôpitaux militaires désignés par les commandants des corps d'armée, des cours et exercices professionnels en conformité aux programmes arrêtés sur la proposition des directeurs du service de santé. A cet effet, les étudiants qui, leur année de service accomplie, auront été versés dans une sections d'infirmiers appartenant à un corps d'armée ne possédant pas d'hôpital militaire seront, après avoir rejoint le dépôt de cette section, dirigés sur les hôpitaux militaires d'un corps d'armée voisin, savoir : ceux de la 2e section sur l'hôpital de Lille; ceux de la 3e section sur l'hôpital du Gros-Caillou; ceux de la 4e section sur l'hôpital de Saint-Martin ; ceux de la 9e section sur l'hôpital de Versailles. Ceux de la 11e section sur l'hôpital de Rennes ; ceux de la 12e section sur l'hôpital de La Rochelle et ceux de la 13e section sur les hôpitaux de Lyon.

Il va sans dire que les étudiants moins bien notés ou moins heureux à l'examen de médecin auxiliaire resteront dans le cadre des infirmiers militaires et en cas de mobilisation, y feront leur temps de service.

III. — Autre question. Quelle est la situation des étudiants pour le doctorat soumis aux obligations de l'ancienne loi militaire ?

Evidemment, la loi de 1890 ne leur est pas applicable puisqu'ils sont incorporés suivant l'ancien régime. Cependant on ne peut nier que leur situation ne soit inférieure à celle de leurs camarades qui entreront au service le 15 novembre prochain et qui pourront n'être retenus sous les drapeaux que pendant une année seulement.

Cette situation méritait d'attirer l'attention de l'autorité militaire puisque avec les inconvénients de l'ancienne loi ces étudiants ne semblent pas pouvoir participer à aucun des avantages de la nouvelle, même s'ils sont pourvus de douze inscriptions et en position de sursis d'appel.

Cette question a-t elle été posée à la septième Direction ?

On estime qu'elle le sera et on ne peut qu'engager les intéressés, soldats de la classe 1888, à en provoquer la solution.

Etant donné le sentiment d'équité dont la Direction du service de santé a donné déjà maintes preuves, il y a lieu de penser qu'une demande, conçue dans les termes du décret du 23 novembre 1889 et accompagnée d'un certificat du recteur, obtiendrait tout au moins le bénéfice de décisions individuelles quand bien même elle ne provoquerait pas une mesure générale.

K. R.

REVUE DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

I. *Les vœux des professeurs de l'Ecole d'Angers.* — II. *La réunion des Directeurs des Ecoles secondaires.* — III. *Une lettre d'un professeur d'une Ecole de la province.*

I. **Les vœux des professeurs de l'Ecole d'Angers.** — Continuons d'enregistrer les renseignements qui nous parviennent sur l'agitation universitaire. Cette agitation ne sera point stérile ; on commence à l'espérer, et, pour notre part, nous sommes honorés des encouragements que le *Journal des Praticiens* reçoit d'un bon nombre de nos éminents confrères appartenant au personnel des Ecoles secondaires de médecine. Un motif de discrétion, — la liberté est si grande dans l'Université ! — nous fait un devoir de ne pas publier leurs lettres : nous ne les en remercions pas moins de leurs adhésions.

A Angers, le 24 octobre, le Conseil des professeurs a entendu et adopté un rapport, élégant de forme, solidement motivé dans le fond, et surtout rédigé « en se dé » gageant des *questions trop étroitement locales* pour » s'élever à celles qui touchent aux intérêts généraux » de l'enseignement et de la pratique médicale. »

En voici quelques conclusions :

1° Bien que le maintien de l'officiat ne soit pas *nécessaire* à la vie et à la prospérité des Ecoles préparatoires, son utilité pour le recrutement de la médecine rurale, étant affirmée

Digitized by Google

pour un certain nombre de régions, nous en demandons le maintien. »

Pour celui qui sait lire entre les lignes, on voit que nos confrères d'Angers font, somme toute, bon marché de l'officiat. « Il n'est pas nécessaire », disent-ils, à la vie des Ecoles; il n'est utile aux campagnes « que dans un certain nombre de régions », et le rapporteur ajoute que sa « disparition, fût-elle l'effet du temps, » des mœurs ou le résultat immédiat d'une loi, ne serait » que faiblement préjudiciable aux Ecoles préparatoires, à l'exception d'une seule ». Pour eux, d'ailleurs:

L'intérêt de la science et de la profession médicale n'est point, en effet, dans l'exercice de la médecine *à deux degrés*, mais dans l'enseignement à deux degrés. Pour obtenir ce résultat si désirable, il suffit que les Ecoles remplissent exactement leur rôle d'Ecoles préparatoires et qu'on ne fasse rien pour en chasser les élèves qui peuvent en retirer de sérieux bénéfices.

C'est pourquoi:

2° Dans le cas de maintien de l'officiat, il est nécessaire d'atténuer les effets des trois années du service militaire en attachant les candidats aux garnisons des villes sièges d'Ecole préparatoire. Là, après une année entière d'instruction militaire, ils devraient obtenir des facilités pour suivre les cours pendant le reste de leur service actif.

3° La solidité des études réclame le rétablissement des examens de fin d'année.

4° La même raison et le recrutement des médecins provinciaux plaident pour que deux années d'internat, après concours dans un hôpital, siège d'une Ecole préparatoire, soient assimilés à l'externat, près d'une Faculté, et permettent l'admission immédiate aux grands concours d'internat.

5° La création de nouvelles Facultés de médecine paraît inutile aux progrès de l'enseignement et ne semble pas devoir être encouragée.

6° Les Universités, telles que le conçoit le large projet de M. le Directeur général, ne sont possibles et viables que dans de grands centres, pourvus *au moins* des quatre Facultés de droit, des sciences, des lettres et de médecine. Le nombre doit en être très restreint.

7° De simples facilités accordées aux conseils des Ecoles dans la distribution de l'enseignement seraient très favorables au développement des études.

Avec une franchise d'autant plus honorable, qu'ils forment un corps constitué, « tenu entre quatre règlements », et soumis à la hiérarchie administrative, ils déclarent — et tous ceux « qui savent lire entre les lignes » les en félicieront, « *que la liberté seule est féconde et que la mesure où elle peut être accordée est précisément celle qui règle le progrès et promet l'avenir.*

» *Là, nous trouverons, bien plus que dans la création des Facultés nouvelles et la multiplication trop grande des Universités projetées, le salut et l'avenir de la science et de la profession.* »

II. **La réunion des Directeurs des Ecoles secondaires** — Autre renseignement; mardi dernier, 28 octobre, les Directeurs et les délégués d'un grand nombre d'Ecoles secondaires se sont réunis à Paris et, après délibération, ont décidé la rédaction d'un projet où ils formulent les vœux suivants :

1° Rétablissement des examens de fin d'année pour tous les étudiants, 2° Examens probatoires remis à la fin des études, avec conservation des privilèges accordés aux Ecoles pour ces examens ; 3° Equivalence des 12 inscriptions entre les Ecoles et les Facultés, et dispense pour les internes, du stage à condition de 16 inscriptions, et 18 mois d'internat dans l'Ecole secondaire; 4° Représentation des Ecoles au Conseil des Facultés et au Conseil supérieur.

La question de l'officiat a été laissée en l'état de la solution proposée par chaque école.

Des fonds nécessaires pour soutenir cette campagne ont été, paraît-il, fournis par les écoles. Cette tentative mérite d'être signalée, car elle démontrera, quelqu'en soit le résultat, que dans le corps médical la liberté de l'enseignement supérieur a de nombreux et dévoués partisans.

III. **Une lettre d'un professeur d'une école de la province.** — Un de nos confrères, professeur distingué d'une Ecole de la province, nous écrit la lettre suivante qui résume l'opinion d'un certain nombre de ses collègues :

Nous faisons, écrit-il, *bon marché* de l'officiat pour ne pas dire que nous le *lâchons* tout à fait. Nous tournons le dos à la prétendue marche en avant qui croit améliorer nos Ecoles en créant de *petites Facultés* qui, à notre avis, font tort à la science et aux médecins.

Par contre, nous avons la prétention d'être des préparateurs *utiles mais non nécessaires à l'enseignement supérieur des vraies Facultés*. C'est pourquoi nous acceptons carrément le rôle modeste d'*Institutions primaires* de la médecine; nous avons l'orgueil, en demandant seulement à conserver librement ce titre, de nous croire utiles aux élèves et même aux maîtres du degré supérieur.

Enfin nous affirmons avec nos collègues d'Angers, que le salut comme l'avenir ne dépendent pas de la suppression ou du maintien de l'officiat, question à laquelle, à Clermont et à Dijon, on s'attache avec prédilection, mais bien *d'une plus grande liberté*.

Il y a donc des Ecoles qui seraient dignes de vivre et même de grandir, si l'on ne voulait pas trop les protéger... par des réglements.

Cette lettre montre bien, — nous l'écrivions il y a trois semaines — que ce n'est pas desservir la cause des Ecoles secondaires, que de souhaiter pour elles le régime des Ecoles libres de médecine de l'Angleterre. Ah les règlements ! cher correspondant et honorés confrères des Ecoles secondaires ! c'est une institution. Leur libéralisme — quelle ironie ! vous oblige, quand vous écrivez à conserver l'anonymat et quand vous vous réunissez « en corps constitué », à délibérer « avec discrétion ! »

CH. ELOY.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

OPHTALMOLOGIE

I. **Traitement de la conjonctivite par l'eau naphtolée.** — Cette médication est recommandée par M. Economopoulos contre les conjonctivites granulaires aiguës et chroniques.

Il emploie une solution de naphtol dans l'eau à cinq pour mille. Voici son procédé :

1° Tous les matins frictions sur les paupières avec un pinceau imbibé de cette solution ;

2° Une réaction avec irritation douloureuse suit cette application, la calmer par une lotion avec de l'eau fraîche.

Digitized by Google

II. **Du traitement des blépharites par les pulvérisations.** — Cette méthode consiste à remplacer les collyres vulgaires par l'emploi de solutions médicamenteuses introduites entre les paupières au moyen du pulvérisateur de Richardson ou du pulvérisateur à vapeur.

M. Bedoin en fixe ainsi les indications :

1° *Pulvérisations antiseptiques :* au moyen de solutions d'acide borique au trentième ou au quarantième. On les administre contre les conjonctivites aiguës.

On peut en combiner l'usage avec celui de solutions de sulfate de zinc ou de sulfate de cuivre, dosées comme les collyres classiques.

2° *Pulvérisations substitutives :* avec une solution iodée à dose croissante. M. Bedoin formule ainsi la dose initiale, que l'on augmente ensuite, au besoin :

Iodure de potassium.....	4 grammes
Teinture d'iode.....	1 —
Eau distillée.....	200 —

La prescrire contre les conjonctivites chroniques, les blépharites ciliaires et les kératites avec taies, quand il n'existe plus de symptômes inflammatoires aigus.

Pour prévenir la douleur, on peut faire précéder cette médication par des instillations d'un collyre cocaïné au dixième ou au vingtième.

S. R.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

PARIS. **Société de biologie** (25 octobre 1890). I. *La cirrhose expérimentale tuberculeuse.* — II. *Le diabète et l'extirpation du pancréas.* — BORDEAUX. **Société de médecine et de chirurgie** (10 octobre 1890). III. *De l'empoisonnement par l'aconitine et de son traitement.* — LYON. **Société des sciences médicales** (juillet 1890). IV. *Des injections hypodermiques aseptiques.*

I. **La cirrhose expérimentale tuberculeuse.** — M. V. HANOT qui, depuis longtemps, explore attentivement la question des cirrhoses, vient, avec M. Gilbert, d'étudier expérimentalement, sur le cobaye, la cirrhose hépatique tuberculeuse.

Ces recherches ont une importance pratique. On a contesté l'existence d'une cirrhose tuberculeuse. C'était à tort; M. Hanot le prouve par l'anatomie pathologique et l'autopsie des animaux rendus tuberculeux.

Ces lésions anatomiques sont celles d'une cirrhose périlobulaire et d'une cirrhose interstitielle. En effet, on trouve entre les espaces portes élargis, des prolongements circonscrivant les lobules. De plus, il existe dans les espaces et les fissures, des bandes fibreuses de tissu conjonctif, segmentant les lobules ou s'insinuant entre les travées hépatiques, les comprimant, et, finalement, amenant leur dissociation.

Le tissu conjonctif ne contient point de tubercules, et ceux-ci sont le plus souvent disposés à la périphérie des lobules, souvent en voie de transformation fibreuse et pauvres en bacilles.

Et le processus de cette cirrhose tuberculeuse ? Il est difficile à déterminer ; M. Hanot considère cette cirrhose comme spécifique et bacillaire. Dès lors, il deviendrait possible d'unifier, au point de vue étiologique, les lésions précédentes et de dire: ce sont des lésions tuberculeuses, les unes en évolution, les autres en régression fibreuse.

II. **Le diabète et l'extirpation du pancréas.** — Existe-t-il un diabète pancréatique? On discute depuis longtemps cette étiologie du diabète: M. HEDON (de Montpellier) a voulu la résoudre, après d'autres d'ailleurs, par l'extirpation de cet organe chez vingt-deux chiens, et a constaté que le diabète apparaît dans les vingt-quatre ou les quarante-huit heures qui suivent l'opération, et que la glycosurie s'accompagne de polyphagie, de polydipose et d'émaciation La mort survient après trois ou quatre semaines.

De plus, et c'est là un des points les plus intéressants de ses belles recherches, M. Hédon a constaté, comme ses devanciers, qu'un fragment de la glande, demeurant en place, suffisait pour empêcher la production de la glycosurie. C'est une démonstration contre ceux qui attribuent cette dernière au traumatisme seul.

De plus, comme notre confrère de Montpellier l'observe aussi, on ne saurait attribuer la glycosurie à l'état cachectique consécutif à la destruction de la glande, puisque on ne produit pas le diabète quand, sans la détruire, on obstrue cette glande par une injection de paraffine.

Il resterait à déterminer le rôle de l'ablation du pancréas sur la nutrition. On ne peut donc pas dire que ces faits, malgré tout leur intérêt, sont de nature à infirmer la théorie pathogénique du diabète par ralentissement de la nutrition.

III. **De l'empoisonnement par l'aconitine et de son traitement.** — Les accidents toxiques sont, on ne l'ignore pas, fréquents après l'administration de cette substance. De là, pour beaucoup de praticiens, une appréhension à prescrire ce médicament, qui, néanmoins, rend de réels services contre les névralgies De là encore, l'utilité, avec M. VERGELY (de Bordeaux), de choisir une bonne spécialité de préférence à des pilulles ou à des préparations composées sur ordonnance.

Cependant, malgré cette sage précaution, on observe encore des accidents toxiques.

Ceux dont notre estimé confrère a été le témoin se sont produits dans les circonstances suivantes. Un convalescent de fièvre typhoïde accusait une névralgie intense de la tête. Il lui fut donc prescrit de prendre, le matin, deux à trois granules d'aconitine cristallisée, à une heure d'intervalle et après le repas.

Le soir du même jour, des accidents toxiques se produisent, parce que le malade, exagérant les doses, avait ingéré quinze granules au lieu de deux, soit environ 4 milligrammes du médicament.

Le malade était pâle, avait les mains glacées, et accusait une sensation de froid intense le long du rachis. Le pouls, ralenti et plein, battait 90 fois par minute. Quel traitement prescrire ?

Avant l'arrivée du médecin, on avait fait ingérer au malade deux tasses de café noir : c'est l'usage. M. Vergely donna une potion avec 25 grammes d'acétate d'ammoniaque et la fit administrer par cuillerée d'heure en heure. Il y eut des vomissements; puis la potion fut tolérée et une amélioration durable survint après une abondante sudation,

Dans un cas analogue, avec collapsus, M. ARNOZAN prescrivit quelques gouttes de Baumé, et M. MANDILLON, chez un autre malade, après l'ingestion d'un milligramme d'aconitine, dut avoir recours aux injections d'éther et à l'acétate d'ammoniaque.

En résumé, on doit donc conclure, avec M. Vergely, à la nécessité de se montrer « très prudent et très précautionneux » dans l'emploi de ce médicament, même lorsqu'il est exactement dosé et bien spécialisé.

IV. **Des injections hypodermiques aseptiques.** — L'asepsie des solutions pour l'usage hypodermique préoccupe à bon droit les cliniciens. Comment la réaliser ?

Le procédé que M. Monoyer recommande à ses collègues de la Société des sciences médicales de Lyon possède, à défaut d'autres mérites, celui de la simplicité.

Digitized by Google

On choisira, dit-il, un flacon pouvant supporter la chaleur. On trouve dans le commerce de petits flacons destinés à renfermer de l'alcali et dans lesquels on mettra la solution à injection, puis on chauffera à la flamme d'une lampe à alcool ou d'une bougie.

On portera le liquide à l'ébullition; le liquide bouillant sera aspiré dans la seringue. Par ce procédé, on aura une asepsie parfaite. Enfin, recommandation plus banale, il faut faire l'injection doucement. Si la peau est soulevée, c'est que l'injection est bien faite. S R.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 octobre 1890.

Présidence de M. le Dr Nicaise

De l'appendicite. — M. Schwartz communique les trois observations suivantes: La première concerne un homme de 38 ans, qui, trois mois avant les accidents actuels, avait présenté des symptômes de typhlite. Cette affection paraissait guérie, lorsqu'après une course en voiture, il fut pris de douleurs subites dans la fosse iliaque et le flanc droit. L'examen direct permettait de constater dans la fosse iliaque de la douleur à la pression et un certain empâtement. De plus, il existait une constipation opiniâtre. Au bout de trois jours, l'état du malade se modifia de nouveau, et il présenta tous les symptômes d'une péritonite aiguë généralisée, dont le point de départ semblait avoir été une collection purulente, située profondément dans la fosse iliaque droite. L'opération s'imposait. Une incision parallèle à la crête iliaque, se recourbant vers l'arcade crurale, longue de 12 centimètres, mit à découvert un vaste abcès, rempli d'un pus fétide, et remontant vers le colon ascendant: désinfection du foyer et drainage avec deux tubes réunis en canon de fusil. Au cours de l'opération, M. Schwartz n'avait pu découvrir le moindre corps étranger dans l'appendice ileo-cœcal. Les accidents généraux continuèrent et le malade, très affaibli, succomba le quatrième jour. L'autopsie n'a pu être faite.

Un homme, âgé de 66 ans, entre le 25 juin 1890 à la Maison municipale de Santé Il raconte que son mal a débuté il y a vingt-cinq jours environ par de violentes coliques et des douleurs dans la fosse iliaque droite. Les selles sont régulières. La fosse iliaque droite ne présente rien d'anormal, mais au-dessus de la crête iliaque on découvre un empâtement profond, faisant penser à une collection purulente située en arrière du cœcum. Le diagnostic de paratyphlite fut vérifié par une ponction exploratrice qui donna issue à un pus très fétide. M. Schwartz fit la même opération que précédemment, ouvrit une vaste collection purulente dont la cause première resta inconnue. L'appendice ne présentait aucune lésion. Le malade sortit guéri le 27 juillet.

Une femme, âgée de 30 ans environ, entre le 30 septembre à la Maison municipale de Santé, avec des symptômes d'obstruction intestinale et de péritonite, datant de trois jours. Ces symptômes prirent une acuité de plus en plus grande et s'accompagnèrent d'ictère. M. Schwartz fut appelé à voir la malade le 7 octobre et constata les signes d'une péritonite aigüe généralisée, de cause inconnue. La laparotomie fut pratiquée séance tenante sur la ligne médiane. Les anses intestinales, distendues, sont agglutinées entre elles par un exsudat fibrino-purulent. En certains points existent des adhérences; le cœcum, l'S iliaque sont vides; mais, en explorant plus profondément la fosse iliaque, M. Schwartz trouve un foyer purulent au voisinage du cœcum. Il complète alors son opération par une incision iliaque qui permet d'arriver plus facilement sur l'abcès. L'appendice cœcal, détruit à son extrémité, baigne dans le pus. Il est réséqué et fermé par une ligature. Grand lavage antiseptique de l'abdomen, pansement iodoformé. La malade succombe le soir par la continuation des accidents généraux.

Ces faits montrent combien est difficile le diagnostic de certaines périthyphlites et appendicites à marche insidieuse, qui déterminent d'abord des symptômes d'obstruction intestinale ou d'étranglement interne et se terminent par une péritonite aigüe généralisée. Il est de plus presque impossible de différencier en clinique l'appendicite perforante des inflammations du tissu cellulaire peri-cœcal. Quoi qu'il en soit, dans les cas de ce genre, la nécessité d'une intervention rapide s'impose dès l'apparition des premiers symptômes graves. Si l'ensemble des phénomènes morbides et un examen méthodique ont amené le chirurgien à penser qu'il s'agit d'une affection péri-cœcale ou d'une appendicite, la laparotomie sera faite dans la région iliaque, car elle permet beaucoup plus aisément d'arriver sur le foyer, de le désinfecter, sans léser la grande séreuse péritonéale.

M. Reclus. Dans la discussion qui vient d'être soulevée sur l'appendicite, on a surtout insisté sur la difficulté du diagnostic. Il ne partage pas cette opinion. D'après les nombreuses observations qu'il a parcourues, il a trouvé que ce diagnostic était au contraire très facile. Des signes précis permettent de reconnaître l'origine appendiculaire de la collection purulente; quant aux nombreuses variétés créées par M. Talamon, il ne croit pas à la réalité de ces types en clinique. L'existence d'une douleur aiguë, très localisée d'abord au-dessus de l'épine iliaque, irradiant ensuite dans tout l'abdomen et vers les membres inférieurs, la présence d'une tumeur reconnue par le palper dans la fosse iliaque droite et à plus forte raison d'un abcès, sont les principaux signes de l'appendicite. Lorsque ce diagnostic est établi, il serait important de savoir s'il existe des adhérences localisatrices; malheureusement, aucun signe ne permet de les reconnaître. Nous savons seulement qu'elles sont très fréquentes. La laparotomie est donc jugée nécessaire; elle doit être faite par une incision oblique sur la fosse iliaque; de cette façon on tombe directement sur le foyer; les adhérences voisines, qu'il n'est pas nécessaire de rompre comme dans la laparotomie médiane, empêchent l'infection de la grande séreuse péritonéale.

En résumé, une première crise d'appendicite n'est pas suffisante pour motiver une intervention chirurgicale; elle peut guérir d'elle-même. Si le malade a déjà présenté plusieurs crises de ce genre, s'il existe une petite tumeur iliaque avec accidents de péritonite locale ou générale, la résection de l'appendice est devenue nécessaire. Si une péritonite généralisée s'est déclarée, il faut opérer dans les 24 heures. La hâte sera moins grande dans le cas de péritonite localisée, où il est permis de penser que les adhérences péritonéales empêcheront la diffusion ou la rupture du foyer.

M. Terrier. De temps en temps, au cours d'une laparotomie, on aperçoit un corps étranger, d'aspect bizarre, qui flotte dans le ventre, ou qui est adhérent aux tumeurs utérines ou ovariennes, c'est l'appendice cœcal distendu par un calcul ou par du pus. M. Terrier l'a réséqué plusieurs fois dans ces conditions. Il pense que l'on n'a pas suffisamment insisté sur cet ordre de faits. Leurs symptômes présentent une grande analogie avec ceux des inflammations des annexes et permettent la confusion. D'ailleurs, il n'existe aucun signe pathognomonique de l'appendicite, et le diagnostic de cette affection repose sur un calcul de probabilités.

M. Berger. — La difficulté ne réside pas dans le diagnostic de périthyphlite ou d'appendicite, mais dans le pronostic de ces affections. A son début, nous ignorons si une appendicite sera perforante et mortelle, ou si elle se terminera par résolution. Les médecins soignent communément des périthyphlites qu guérissent; ils devraient nous renseigner sur la proportion des cas heureux et malheureux.

Digitized by Google

Rupture de la portion pénienne de l'urèthre, restauration du canal, guérison. — M. Leprevost (du Havre), s'est trouvé en présence d'un malade porteur d'une fistule pénienne insolite par son siège et ses dimensions, et a dû, pour le combler, recourir à un procédé, d'exécution facile, qui lui a donné un bon résultat. Cette fistule longue de 3 centimètres sur 1 cent. de largeur, siégeait un peu en arrière de la base du gland et sur ses bords la peau présentait des cicatrices indurées qui interdisaient les procédés classiques *par glissement*. Voici celui auquel il a eu recours :

Dans un premier temps il excise au pourtour de la fistule les parties superficielles du dessus sur une étendue d'un centimètre environ. La plaie ainsi obtenue figure assez bien un anneau elliptique au centre duquel se trouve la fistule. — *Dans un second temps*, il dessine sur la face inférieure du prépuce un anneau de mêmes dimensions. Au centre de cet anneau la peau demeure intacte mais les bords sont avivés. Les deux anneaux se confondent au niveau de l'extrémité antérieure de la fistule et constituent par leur ensemble une sorte de 8 de chiffre à boucles très allongées. *Troisième temps*. — Une incision semi-circulaire, comprenant toute l'épaisseur du prépuce, permet de rabattre l'anneau antérieur sur l'anneau postérieur. *Quatrième temps*. — 8 points de sutures maintiennent l'affrontement. L'opération terminée, la fistule se trouve complètement oblitérée par le lambeau emprunté au prépuce et disposé de telle sorte que sa face muqueuse regarde en bas, et correspond à la peau du pénis, tandis que sa face épidermique est devenue intra-urethrale.

Il y eut réunion presque en tous les points. Il persista seulement une fistulette insignifiante, qui se combla d'elle-même au bout de quelques mois.

La fistule avait été la conséquence d'une infiltration urineuse consécutive à une rupture interstitielle de l'urethre.

Dr H. Marciguey.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 octobre 1890

Présidence de M. le Dr Dumontpallier

Du salol. — M. Hirtz. Le salol est entré depuis longtemps dans la thérapeutique chirurgicale, mais ses usages sont encore restreints dans la thérapeutique interne à cause de son peu de solubilité. Cependant les élèves de M. Guyon l'ont essayé, non sans succès, dans l'antisepsie des voies urinaires. M. Dreyfous a montré qu'il exerçait une action non douteuse sur les écoulements blennorrhagiques. Les nouvelles recherches de M. Hirtz confirment ces derniers résultats. Sur 30 cas, il l'a employé 20 fois, associé au baume de copahu, aux essences de santal, de térébenthine, dans lesquelles il est soluble, et dix fois pur ; il a observé que les écoulements étaient taris au bout de 8 à 10 jours. De plus il a remarqué que ce produit diminuait les douleurs urèthrales, caractéristiques de la blennorrhagie au début. On peut donc le considérer comme un bon antiseptique des organes génito-urinaires et comme un analgésique.

Les doses employées ont été de 4 grammes par jour en moyenne soit pur en cachets de 0 gr. 50, soit associé aux diverses essences balsamiques. Les urines au moment de la miction ne présentaient pas de caractères physiques particuliers, mais devenaient noirâtres au bout de quelques heures. Dans aucun cas, il n'a constaté d'intoxication.

Dans la fièvre typhoïde, associé au salicylate de bismuth, le salol à la dose de 4 grammes par jour paraît également bien réaliser l'antisepsie en tube digestif ; les selles sont moins fétides, moins profuses, la langue plus propre. Cette action est due au dédoublement du salol en acide phénique et en acide salicylique dans l'intestin grêle, sans présenter toutefois la toxicité de ces produits, de plus il agit sur l'élément fébrile qu'il modère.

Dans la dilatation de l'estomac, associé au bicarbonate de soude, il est bien supporté et empêche les borborygmes, les flatulences et prévient les fermentations secondaires qui ont lieu dans cette affection.

En terminant, M. Hirtz fait remarquer une réaction particulière des urines salolées : elles réduisent la liqueur cupro-potassique comme si elles contenaient du glucose ; toutefois elles devient la lumière polarisée en sens inverse de cette substance.

M. Hayem a essayé le salol dans deux cas d'enterite dysentériforme, qui avaient résisté au régime. On sait que dans les affections intestinales où la diète est impuissante, la plupart des médicaments échouent ; il en a été de même du salol. Ces malades ont été guéris par l'emploi de l'acide lactique.

M. Gouguenheim a employé le salol avec succès, à l'intérieur dans certaines angines non suppurées. Ce médicament lui parait surtout agir en réalisant l'antisepsie des voies digestives sur toute leur étendue.

M. Rendu emploie dans les dyspepsies le salol de préférence au naphtol qui le plus souvent est mal toléré et inefficace. Il lui a également réussi dans le traitement du rhumatisme blennorrhagique, dont il abrège la durée.

La fièvre typhoïde et méthode de Brandt. — M. Juhel-Renoy lit sa statistique personnelle de la mortalité dans la fièvre typhoïde traitée par la méthode de Brandt Sur 161 cas en trois ans, il a eu 14 décès soit une mortalité de 8 0/0, bien inférieure à la mortalité ordinaire dans les hôpitaux, qui est de 14 0/0.

H. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 novembre 1890

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

M. Hervieux lit la première partie de son rapport sur le service des vaccinations.

M. Charpentier lit le rapport sur le prix de l'hygiène de l'enfance.

M. Peter lit le rapport sur le prix Civrieux.

M. Magitot lit le rapport sur le prix Saint-Paul.

M. Trasbot lit le rapport sur le prix Stansky.

M. G. Sée dépose deux plis cachetés ; l'un au nom de MM. Letulle et Marquesy. sur le traitement de la phtisie bacillaire, l'autre en son nom sur le même sujet.

M, Terrier présente un malade qui était entré dans son service avec le diagnostic : kyste de foie. M. Terrier se convainquit qu'il n'y avait pas de kyste. Mais il y avait un ictère très intense. A la suite d'une ponction exploratrice, il se fit successivement deux poussées d'ictère. Les selles étaient décolorées et la vie du malade était en danger. M. Terrier fit une incision exploratrice. Par le palper, il constata que le foie était très congestionné. Il ne trouva pas de tumeur. La vésicule biliaire n'était pas distendue : rien au niveau des canaux cystique et cholédoque.

M. Terrier, après avoir réuni la vésicule à la paroi abdominale, fit une fistule et sutura la muqueuse de la vésicule à la peau Les résultats furent remarquables. Cinq jours après l'opération, les selles étaient colorées. Il n'y avait plus de douleur. Le malade guérit rapidement. Comment expliquer ce résultat ? M. Terrier pense, sans toutefois l'affirmer, que lorsque les conduits choledoque et hépatique sont oblitérés par suite d'une inflammation et qu'on donne issus à la bile en deçà de l'oblitération, les parties sous-jaccentes se décongestionnent peu à peu et la bile reprend son cours.

De la dépopulation de la France. — M. Pamard (d'Avignon) partage les idées de M. Rochard. Dans le Vaucluse, la mortalité des enfants de 0 à 2 ans monte à 21,6 0/0. Il réclame l'établissement, dans ce département, de sanatoria sur la mon-

Digitized by Google

tagne, pour les enfants. Il se plaint que la loi Roussel soit mal ou pas appliquée. Elle a été confisquée par l'administration qui en profité pour créer des employés et des paperasses. L'administration a remplacé les inspecteurs par des agents salariés qui coûtent très cher. Dans le Vaucluse, plus du tiers des sommes destinées à la protection de l'enfant sont absorbées par les bureaux D'après les statistiques officielles, les enfants soumis à la loi Roussel ne donnent que 12 0/0 des décès, tandis que ceux élevés chez leurs parents meurent dans la proportion de 16,76 0/0. M. Pamard ne peut admettre une pareille statistique, évidemment erronée. Il est impossible que des enfants élevés chez leurs parents donnent une mortalité plus forte que ceux mis en nourrice. F. R.

BULLETIN DE LA SEMAINE

La loi sur les Universités régionales et la Commission sénatoriale. — La déclaration des maladies contagieuses, la Société d'hygiène publique et le secret médical. — Quand faut-il parler ? Quand faut-il se taire ?

Aurons nous des Universités régionales ou n'en aurons-nous point ?

Pour quelques-uns de nos confrères la question est oiseuse ; à leur avis l'avenir de la profession et le succès des réformes de l'enseignement sont en dehors d'elle. Cette indifférence est dangereuse, car elle permettrait aux habiles de conserver le monopole avec ses abus, ses scandales et sa routine.

Serait-ce le motif pour lequel on ne trouve, dans la commission sénatoriale, le nom d'aucun membre de la profession ? Si oui, tant pis, et cependant l'Assemblée du Luxembourg possède parmi elle quelques médecins distingués et même, si je ne me trompe, un ou deux professeurs de nos Facultés de médecine ; ce ne sont pas, à coup sûr, cependant, les commissaires qui ont été nommés : MM. Maze, Magne, de Marcère, Bardoux, Berthelot, Challemel-Lacour, Barthélemy St-Hilaire, de Rozière et J. Simon. Est-ce une élimination, est-ce une abstention ?

La première réunion de la Commission a fait connaître qu'accepté en principe par la majorité, le projet ministériel provoque des résistances. Pour les uns, le projet doit contribuer à la prospérité des villes qui seront choisies pour devenir un centre universitaire et n'intéresse pas les autres cités.

Pour les autres il faudrait, dès à présent, limiter le nombre, le siège et la circonscription des futures universités. Avant la loi, le monopole était centraliser; après elle, il serait décentraliser ! Rien de plus, rien de moins ; ce serait toujours le monopole.

La loi que le ministre propose a cependant un avantage : celui d'introduire la concurrence dans l'Université et entre les Universités régionales en ne décourageant aucune espérance et en laissant, à tous, le droit de faire des actes d'émulation. Cela ne peut satisfaire les partisans de l'Etat-Providence, mais devrait donner courage aux amis sincères de la liberté.

Au point de vue de l'enseignement médical, on redoute la multiplication excessive des Facultés comme une conséquence de la création d'universités régionales. Soit ; certaines villes plus ambitieuses que prévoyantes érigeront leur école préparatoire en Faculté pour obtenir la faveur de posséder un groupe de Facultés et une Université. Elles calculeront peut être mal. Il y aura des échecs : on ne peut empêcher les grenouilles de s'enfler pour devenir aussi grosses que les bœufs.

Ce sera la concurrence et son inconvénient. Qu'importe, si l'Etat n'a point fait leur œuvre sienne et s'il se garde de jouer à leur égard le rôle du Père éternel.

En résumé, dans l'enceinte du Sénat et parmi les sénateurs commissaires, deux oppositions menacent le projet ministériel : l'une, disposée à décréter dès à présent le monopole au profit de quelques Universités ; l'autre, préférant le *statu quo*, parce qu'ils représentent des villes qui ne peuvent raisonnablement nourrir l'espérance de devenir un centre universitaire.

Il y aurait bien aussi le parti des hommes déçus et des villes qui nourrisaient de grands projets. Bref, ici et là, des intérêts particuliers en conflit avec l'intérêt général.

C'est une coalition qui menace de tout compromettre ; le projet de loi d'abord ; le ministre ensuite et surtout sa tentative, cependant bien timide, de faire entrer dans l'Université une bouffée d'air et un rayon de liberté.

***

Vous connaissez la tête de turc. Ce jeu est à la fois forain et populaire. Tout passant peut à son gré se procurer le plaisir peu coûteux de frapper sur elle.

En hygiène publique et en police sanitaire nous avons une tête de turc. C'est le médecin.

La semaine dernière la Société d'hygiène publique et de médecine professionnelle discutait sur la désinfection des locaux habités par des gens atteints de maladies contagieuses. De temps en temps, comme cela, cette question se discute.

Un honorable magistrat municipal, je crois, M. Thomas déclarait à la Société que dans le 13e arrondissement parisien le service de désinfection fonctionne régulièrement. Heureux arrondissement ! Pas d'obstacles du côté des familles, ajoutait-il, mais, malheureusement, pas de zèle du côté des médecins ! Les médecins ? Ah ! voilà la tête de turc.

Pourquoi ce défaut de zèle ? M. Thomas le trouve dans les scrupules de nos confrères à dénoncer les cas de maladies contagieuses et à observer le secret professionnel.

Il est vrai, circonstance atténuante, de l'aveu d'un hygiéniste fort compétent, M. A.-J. Martin, que la désinfection administrative s'opère à Paris dans des conditions défectueuses. Il aurait pu ajouter, on en connaît maints exemples, que souvent même elle ne s'effectue pas, même quand, sur l'avis pressant du médecin, les familles la réclament.

Et puis autre aveu : la désinfection des hardes par les étuves dépend de la Préfecture de la Seine ; celle des locaux habités appartient à la Préfecture de police. Deux administrations pour concourir à un même résultat ! C'est sans doute le moyen de ne pas le réaliser, surtout quand « ces deux administrations cherchent, de l'avis de M. Martin, à s'entendre le moins possible ».

Tout cela n'est guère encourageant.

Et puis, voyons : faut-il donc considérer les scrupules

Digitized by Google

de nos confrères comme ceux d'un formalisme excessif? Il y a des médecins légistes qui le pensent. M. Brouardel est du nombre, estimant qu'en cas de maladies contagieuses le médecin doit parler. Mais il y a aussi l'avis de la plupart des jurisconsultes et les jugements de quelques tribunaux. Pour eux, le médecin doit rester muet.

D'après Hippocrate, il faut parler; d'après Galien, il faut se taire : que faire en attendant une nouvelle législation que le projet ministériel sur la santé publique propose, si on veut éviter ces vexations dont notre honorable confrère, M. Bouloumié, racontait un exemple récent.

Une famille X... s'installe dans un appartement meublé, aux environs de Paris. La mère et l'un des enfants contractent la scarlatine et guérissent grâce aux soins du Dr N...

Après le départ des locataires, notre confrère conseille au propriétaire de désinfecter les locaux et le mobilier. Celui-ci réclame à la famille X... les frais de désinfection, et cette famille menace notre confrère d'une action judiciaire pour violation du secret professionnel.

Tête de turc, quand le médecin refuse d'avertir l'administration. Tête de turc, quand il conseille la désinfection. Faut-il parler, faut-il se taire ? S'abstenir.

C'est le moyen de hâter la discussion si désirable du projet ministériel. C'est aussi celui d'obtenir une loi décidant si le praticien doit déclarer ou non les cas contagieux et si ses clients se soumettront ou se refuseront à la désinfection. Cela paraît de vérité naïve. Mais depuis que M. de la Palisse est mort, n'y a-t'il pas, comme cela, une série de questions d'intérêt public dont on attend la solution?

CH. ELOY.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

En reproduisant sous cette rubrique, des extraits de la presse médicale, le **Journal des Praticiens** *a pour but de renseigner impartialement ses lecteurs. Il réserve donc formellement la liberté de ses appréciations et l'indépendance de sa critique.* N.D.R.

L'organisation des Congrès scientifiques internationaux. — On lit dans la *Revue Scientifique* du 1er novembre:

« Il s'agirait tout simplement, pour le Comité d'organisation, de publier, quelques mois à l'avance, des rapports imprimés sur les principales questions devant être soumises au Congrès. En outre, après l'envoi de ces rapports formant la partie principale et, pour ainsi dire, la trame de la discussion, chaque adhérent enverrait une notice qui serait aussitôt imprimée. La discussion serait ainsi toute tracée, sans être gênée par les interminables et insupportables questions de détail qui encombrent les séances des sections, alors que chacun veut dire son mot, placer sa petite communication, à laquelle il attribue, — cela va de soi, — une importance de premier ordre, s'imaginant que tout l'intérêt de la réunion présente roule sur la présentation ou la lecture qu'il vient faire. »

L'impôt sur les spécialités pharmaceutiques. — On lit dans le *Progrès Médical* du 1er novembre 1890 :

« L'impôt proposé frapperait l'hygiène et la santé publique, causerait un préjudice aux malades et nuirait au commerce français. Nous espérons que la Commission du budget d'abord, puis la Chambre des députés et le Sénat, repousseront cet impôt sur les malades et les maladies, et sauront inviter M. le Ministre des finances à trouver un impôt plus démocratique, s'il lui est réellement impossible de réaliser les économies que l'on était en droit d'attendre du gouvernement. »

Ces conclusions du *Progrès Médical* du 1er novembre sont en accord avec celles de la *Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique* du 29 octobre.

M. Bourneville nous fait l'honneur, dans ce numéro du *Progrès Médical*, de reproduire un extrait de notre dernier « Bulletin de la Semaine ». Nous l'en remercions. De plus, il nous fait remarquer que dans le Comité consultatif d'hygiène, deux voix, celle de M. Cornil et la sienne, se sont élevées et ont voté contre le projet. Nous lui donnons acte de cette rectification.

N'est-ce pas là une justification nouvelle du regret que nous formulions en voyant le gouvernement soumettre une question médicale et thérapeutique au jugement d'une assemblée « qui contient beaucoup d'hygiénistes et peu de médecins? »

La création de la Faculté de médecine de Toulouse. — Extrait de la *Gazette Hebdomadaire* du 1er novembre 1890 et d'un article de M. Lereboullet:

« Nous ne cesserons de répéter que, mettant de côté les questions de personne, reconnaissant la valeur scientifique, le dévouement professionnel et le zèle de tous ceux qui ambitionnent le titre de professeur..., nous ne comprenons l'augmentation du nombre des Facultés de médecine qu'à la condition de leur enlever la collation des grades et de créer un jury d'Etat dont la constitution et les attributions resteraient à déterminer. Si l'on songe à en arriver à cette grave réforme, nous ne protesterons plus contre des décrets qui, tout en augmentant considérablement les charges de l'Etat, sont plus nuisibles qu'utiles au développement et aux progrès de l'enseignement médical supérieur. »

Jury d'Etat; modifications sérieuses dans le régime de la collation des grades. Très bien. Voilà des réformes qui, cher et honoré confrère de la *Gazette Hebdomadaire*, possèdent déjà, je crois, des avocats parmi les lecteurs et dans la rédaction du *Journal des Praticiens*.

CH. E.

INFORMATIONS

ÉTRANGER

COLOMBIE. — **Statistique des lépreux.** — Sur une population de quatre millions d'habitants on compte 1,724 lépreux: 601 dans la province de Cundinamarca, 10 dans celle de Tolima, 988 dans celle de Santander, 50 dans celle de Canca, 40 à Bolivar et 35 à Antioquia.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Maugin (de Douai), Nicolas Duranty (de Marseille), Demarle (de Paris), Eyssérac (de Pernes-la Vaucluse), Chevrel, médecin de la marine; Leroy (de Villiers-le-Bel).

En Allemagne : M. le Dr de Nussbaum, chirurgien de l'hôpital de Munich et pendant la campagne de 1870, médecin en chef du corps d'armée bavarois. Nussbaum est l'auteur d'importants ouvrages de chirurgie ; sur la cornée artificielle, la résection des nerfs de la face, et le cancer ; d'un traité sur la pathologie et la thérapeutique des ankyloses, sur l'anatomie, etc., etc.

Le Directeur-gérant : HENRI HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE
JOURNAL DES PRATICIENS
DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY
Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, CHAPUT, DEMELIN, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

THERAPEUTIQUE MÉDICALE

École de médecine de Nantes. — M. le Dr E. TRASTOUR

Du traitement médical de la périt-phlite

Doit-on désormais abandonner d'emblée la périty-phlite aux chirurgiens? Voilà la question posée par les travaux récents, résumés dans l'intéressante thèse de Maurin (1), la communication de P. Reclus à la Société de chirurgie, et les mémoires importants des Drs Barié et Chaput qui viennent d'être publiés dans ce journal.

Il est aujourd hui démontré que, presque toujours, le péritoine entoure complètement le cœcum et l'appendice; sur 120 cadavres, 9 fois seulement Tuffier a trouvé le tiers supérieur du cœcum en rapport direct, par sa face postérieure, avec le tissu cellulaire sous-jacent. Mais Maurin a constaté, d'autre part, 16 fois sur 112 autopsies, des adhérences d'ancienne date qui pouvaient faciliter un phlegmon sous-péritonéal rétro-cœcal.

Il est également démontré que l'appendice est bien plus souvent lésé que le cœcum lui-même dans la périty-phlite; l'appendicite est la cause la plus fréquente de la péritonite, localisée ou généralisée, chez les sujets bien portants.

Une boulette stercorale, malencontreusement engagée dans la valvule de Gerlach, entraîne, plus souvent encore que des corps étrangers (os, arêtes, noyaux, pépins de fruits), la perforation de l'appendice.

Les produits microbiens retenus dans l'appendice détruisent facilement la muqueuse enflammée (Talamon).

Quoiqu'il en soit, en pratique, l'aspect symptomatique de la périty-phlite est le même, qu'il y ait lésion du cœcum ou de l'appendice, et rien ne peut faire distinguer les deux lésions l'une de l'autre (Chaput).

Dans la séance du 15 octobre dernier de la Société de chirurgie, le Dr Berger affirme également que le diagnostic clinique de la périty-phlite et de l'appendicite n'est pas possible.

Si l'appendice est libre, sans adhérences, la péritonite généralisée est à craindre; dans le cas contraire, la péritonite reste localisée (Reclus).

Le gâteau inflammatoire qui, jusqu'à présent, a été désigné sous le nom de périty-phlite, est constitué par les produits phlegmasiques de la péritonite localisée et du tissu cellulaire rétro-cœcal.

Il est presque impossible qu'une phlegmasie intense, venant de l'appendice ou du cœcum, n'atteigne pas et n'englobe pas à la fois une portion de la séreuse et le tissu, si lâche, sur lequel ils reposent dans la fosse iliaque droite.

Il est facile de prévoir où peut s'étendre le phlegmon rétro-cœcal, quand on se rappelle que le tissu cellulaire iliaque se relie directement avec celui du bassin, d'une part, et celui du rein, d'autre part.

Le décollement du péritoine est aussi facile en bas qu'en haut.

La typhlo-appendicite suppure presque toujours (Chaput); dans la forme aiguë, la perforation s'établit dans un temps très court: deux ou trois jours au plus; il survient alors une péritonite aiguë, généralisée ou localisée; dans la forme subaiguë, des adhérences s'établissent avec le voisinage; la terminaison par résolution est assez fréquente; quelquefois, les accidents sont à peine ébauchés (Barié) (1).

Voilà, avec une nuance notable entre les appréciations médicales et les appréciations chirurgicales, ce que nous apprennent les recherches récentes.

Mais s'en suit-il que la médecine doive abdiquer? Médecins, devons-nous rester spectateurs inactifs de l'évolution des accidents et réclamer de suite l'intervention chirurgicale?

Je ne le crois pas.

J'ai vu bon nombre de périty-phlites, tant en ville qu'à l'hôpital, et l'action médicale, exercée énergiquement et sans retard, m'a paru souvent salutaire et efficace.

En publiant un cas heureux de périty-phlite suppurée, très grave, avec évacuation de pus par le rectum et parotidite consécutive (2), je disais que j'avais souvent vu la périty-phlite se terminer heureusement.

En revoyant mes notes, en éclairant, par les travaux nouveaux, trois faits malheureux, observés en ville, dont j'ai le souvenir précis, je crois pouvoir compter: 3 morts par péritonite généralisée; 6 cas, terminés par résolution, mais avec persistance de la tumeur périty-

(1) MAURIN. Essai sur l'appendicite et la péritonite appendiculaire, Paris, 1890. — RECLUS. *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 1890.— BARIÉ. De l'appendicite. *Rev. Gén. de Clin. et de Thér.*, n° 39, 1890. — CHAPUT. Typhlite, périty-phlite et appendicite. *Idem.*, nos 40 et 41.

(1) BARIÉ. Loc. cit.

(2) TRASTOUR. *Semaine Médicale*, 4 janv. 1883.

Digitized by Google

phlitique; 4 cas encore, heureusement terminés, mais avec suppuration, deux fois évacuée spontanément par le rectum, deux fois aboutissant à la paroi abdominale.

En présence du pronostic terrifiant que les statistiques chirurgicales tendent à établir, n'est-il pas utile que les médecins fassent connaître leurs observations personnelles? Je suis persuadé, dit le Dr Berger, que si on interrogeait les médecins, ils fourniraient des exemples nombreux de guérisons. Médecin, je viens confirmer cette pensée.

Appelés tardivement près des malades, les chirurgiens, je le conçois, ne peuvent porter qu'un pronostic très sévère.

Mais, il n'en est pas de même des médecins, quand ils sont appelés et qu'ils peuvent agir dès le début des accidents. Que faut-il donc faire?

La périyphlite aiguë n'est pas difficile à reconnaître, pour peu que le médecin fasse un examen attentif du malade.

Embrassant d'un rapide coup d'œil le sujet, la maladie, ses causes probables, ses suites et ses complications redoutables, il envisage, comme il suit, les principales indications :

1° La *première indication* est de limiter, autant que possible et le plus vite possible, le foyer phlegmasique. Il faut, avant tout, prévenir l'inflammation générale du péritoine et endiguer celle du tissu cellulaire iliaco-pelvien.

Pour atteindre ce double but, avec le repos absolu et les autres précautions que plus loin je rappellerai, rien ne vaut, rien ne remplace une application de sangsues, en nombre suffisant, et il faut savoir et oser la répéter au besoin.

L'apaisement des accidents locaux, surtout de la douleur et du gonflement, l'amendement des symptômes réactionnels et de l'état général, suivent, en général, de près cette médication. On aurait bien tort de l'oublier et de la repousser; six fois sur treize, grâce à elle, j'ai obtenu la résolution, sans évacuation apparente de pus.

Mais, dans tous les cas, la tumeur indurée a persisté, ordinairement pendant plusieurs semaines, attestant qu'il n'y avait pas eu seulement engouement du cœcum, mais une véritable périyphlite.

J'ai assez l'habitude de palper le boudin cœcal de l'entéroptose, pour ne pas confondre la tumeur molle, pâteuse, arrondie, mobile transversalement de l'engouement cœcal avec la tumeur large, aplatie, fixe, dure et surtout si douloureuse de la périyphlite. L'instinct médical, dès qu'on touche à cette dernière, interdit d'appuyer et de lui imprimer des mouvement latéraux. Souvent, en percutant en arrière, sur la crête iliaque, excellent plessimètre, on constate une matité qui a encore sa valeur.

Quoi qu'en dise la jeune Ecole qui repousse, de parti pris, même une émission sanguine locale, sans en avoir jamais vu ni fait l'essai, je maintiens qu'elle est utile dans la périyphlite aiguë.

Assurément, on n'empêchera pas toujours la suppuration; mais on limite ainsi son extension et ses ravages et la péritonite imminente peut parfois être conjurée.

Dans le cas que j'ai publié, après ma prescription des sangsues, des signes graves de *peritonisme* se montrèrent à la suite d'un lavement; on posa néanmoins les sangsues et les symptômes alarmants s'arrêtèrent.

Dans ce cas, au bout de huit jours, le pus fut évacué par le rectum. La tumeur inflammatoire fut suivie par moi, grâce au toucher vaginal, dans sa marche descendante; une autre fois, chez un homme que je ne vis qu'en tardive consultation, je la trouvai, en introduisant le doigt dans l'anus, comprimant la vessie, l'urèthre et le rectum; le lendemain de ma visite, elle s'ouvrait spontanément dans ce dernier organe.

Deux fois, j'ai vu la suppuration arriver à la paroi abdominale, spontanément ou par incision. Aujourd'hui, j'en conviens, je ne laisserais pas les malades courir les risques de l'évacuation spontanée du pus, pour peu qu'elle se fît attendre. L'intervention chirurgicale doit être promptement réclamée, s'il y a suppuration évidente ou probable. On n'opérera jamais trop tôt (Krafft).

Les méfaits, si fréquents et si graves, de l'appendicite, mieux connus aujourd'hui, doivent certainement nous inspirer de grandes craintes dans tous les cas de périyphlite aiguë; mais enfin il y a aussi des conditions favorables qu'il ne faut pas perdre de vue.

Les chirurgiens envisagent surtout la perforation de l'appendice et ses suites terribles; la péritonite généralisée, les vastes abcès en arrière du cœcum.

Mais les médecins, d'après les cas assez fréquents de résolution, disent que l'appendicite peut se terminer heureusement par le retour dans le cœcum des produits phlegmasiques ou microbiens de la muqueuse; au lieu de suppurer, le gâteau périyphlitique peut s'arrêter aux produits séro-plastiques; la péritonite peut rester localisée...

Donc, tout en nous tenant prêts à appeler le chirurgien, ne renonçons point aux moyens médicaux capables de diminuer et d'arrêter la fluxion phlegmasique.

Je ne peux accorder qu'il faille inciser le péritoine, mettre à nu le cœcum et l'appendice, etc., dès que le diagnostic de typhlite ou de périyphlite est posé (1); s'il y a péritonite généralisée, ou même seulement menaces de généralisation, sans doute, le chirurgien peut faire tout ce qu'il jugera opportun; il n'y a plus de risques à courir. Mais avec une péritonite, bien localisée, avec un gâteau périyphlitique bien formé, ne paraissant point tendre à la suppuration, pour mon propre compte, je préférerais encore m'en tenir aux moyens médicaux.

Avec les sangsues, l'opium, à haute dose, suivant la méthode de Graves, surtout les pilules d'extrait thébaïque (un centigramme d'heure en heure); les applications de glace, les vésicatoires, les onctions d'onguent napolitain belladoné, etc., donnent souvent de très bons résultats.

2° *La désinfection de l'intestin*, dans la typhlite et la périyphlite, est une des grandes préoccupations des médecins contemporains. Si, au lieu de la constipation qui est fréquente, il y a une diarrhée, plus ou moins fétide; si des accès fébriles répétés peuvent être attribués

(1) Chaput, *loc. cit.* n° 41.

Digitized by Google

à la résorption de produits septiques, il faut bien admettre cette indication. A plus forte raison, si l'on redoute déjà la perforation appendiculaire, et la péritonite que le *bacillus coli communis* rend alors si grave.

Mais quel est le désinfectant qui convient le mieux? L'acide phénique et l'iodoforme sont un peu délaissées; les salicylates, les naphtols, le salol, etc., sont aujourd'hui les moyens préférés.

L'hyposulfite de soude, recommandé par Polli (1), il y a plus de vingt ans, m'a toujours paru, dans un grand nombre d'états septiques, un très bon agent; je l'ai souvent employé avec succès et il me paraît également convenir dans la périthyphlite aiguë.

Son innocuité est reconnue de tous; il est désinfectant et il est légèrement laxatif. Cette triple qualité a fixé mon choix pour la fièvre typhoïde, pour l'érysipèle, pour la fièvre puerpuérale, etc.

Quand Gingeot publia son travail si instructif sur la furonculose (2), c'est encore ce sulfureux que j'adoptai, à l'exemple de Duncan Bulklay (de New-York) et je n'ai eu qu'à m'en louer. Nombre de furonculeux invétérés ont été guéris par son usage interne prolongé; de même, pour les érysipèles, à récidives fréquentes, j'en ai obtenu de très bons résultats; bien entendu, sans négliger les moyens locaux antiseptiques.

On a reproché à l'hyposulfite de soude, d'augmenter la diarrhée dans la fièvre typhoïde (Murchison). Loin d'être un défaut dans la périthyphlite, sa vertu légèrement laxative, même à petite dose, me paraît être une qualité; et, d'autre part, sa solubilité qui favorise son absorption me paraît également favorable. Son efficacité, bien constatée, par son action de dedans en dehors, contre les parasites du furoncle, de l'anthrax et de l'érysipèle, me donne confiance en lui contre les microbes, sans doute bien différents, du cœcum enflammé et contre la résorption de leurs produits septiques.

Donc, à tous égards, l'hyposulfite de soude me paraît recommandable (1, 2, 3 grammes par jour).

Mais je ne suis pas exclusif, et, à l'occasion, je ne dédaigne pas les autres désinfectants du tube digestif, s'ils paraissent plus indiqués.

3° Il arrive un moment où, les accidents aigus étant calmés, il faut bien songer au *rétablissement des fonctions intestinales*, aux évacuations. C'est là un des points les plus délicats du traitement médical de la périthyphlite.

Il ne faut pas se presser de remettre en mouvement le tube intestinal; il faut attendre que les adhérences protectrices aient acquis une suffisante solidité. Ce n'est, du reste, que dans la péritonite *localisée* ou dans l'*abcès rétro-cœcal* que la nécessité et l'indication des évacuations finissent par s'imposer. Dans la péritonite généralisée, on n'a pas le temps d'y penser. Les lavements émollients, l'huile de ricin, le calomel associé à la belladone, à doses fractionnées, me semblent les moyens préférables, parce qu'ils sont les plus doux; et encore je ne me hâte pas de les prescrire.

4° Je ne parlerai que pour mémoire des autres indications *capitales* de la périthyphlite : le *repos absolu;* le *régime le plus sévère;* le *traitement palliatif des vomissements* par les boissons glacées, le champagne, le cognac, etc.

Dans les trois cas malheureux que j'ai observés, un simple mouvement du bras pour atteindre un verre sur une table de nuit, un effort intempestif, ont suffi pour rompre des adhérences récentes, provoquer la généralisation de la péritonite et amener la mort.

Voilà ce qui justifie les hardiesses hâtives des chirurgiens.

Ces faits datent de huit ou dix ans et plus; il est évident qu'aujourd'hui on interviendrait chirurgicalement de bonne heure, et l'issue fatale pourrait encore parfois être évitée.

Dans les suppurations interminables qui suivent parfois les périthyphlites, ouvertes spontanément ou trop tardivement incisées, comme le Dr Chaput en cite des exemples, notamment un malade vu dans le service de Trélat, faut-il absolument désespérer de la guérison? Une nouvelle opération souvent ne paraît pas possible, en raison des dégâts énormes qui s'étendent en tous sens, en haut, en bas, en arrière du cœcum; ou bien cette opération est absolument refusée par le patient.

Le traitement interne par l'huile de foie de morue, par les iodiques sous diverses formes, peut parfois, dans ces circonstances, être fort utile, combiné avec les injections iodées ou l'introduction d'un crayon d'iodoforme dans les trajets fistuleux.

J'ai vu récemment un bel exemple de guérison, solide et complète, ainsi obtenue, alors que la suppuration, depuis des mois, ne cédait point aux pansements chirurgicaux.

Médecins et chirurgiens doivent se souvenir des beaux succès que l'on obtenait encore naguère dans les longues suppurations, même à foyer profond, avec l'iode *intus* et *extrà*.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Enseignement Libre. — M. le Dr A. Dehenne.

Traitement de la cataracte congénitale

Un hasard heureux m'a permis de réunir dans ces derniers temps un certain nombre de cas de cataractes congénitales. La précision et la simplicité sont toujours les qualités maîtresses de l'ophtalmologie. Aussi, laissant de côté les nombreuses divisions qui sont encore classiques et les multiples procédés opératoires qui trouvent chacun leur défenseur, je ne considérerai que deux formes de cataractes congénitales, qui réclament chacune un procédé spécial, *mais un seul*.

Les deux formes principales de cataractes congénitales sont : la cataracte zonulaire centrale et la cataracte molle complète. A la première appartient l'iridectomie optique; la seconde réclame l'extraction simple, par le

(1) Polli (*Bul. thér.* 1867 t. II, p. 235.)
(2) Gingeot (*Bul. thér.* 1885).

Digitized by Google

procédé que je vous indiquerai tout à l'heure dans tous ses détails.

Quelle est, des deux formes, la plus fréquente? Je n'en sais rien, et cela nous importe peu au point de vue pratique où je me suis immédiatement placé. Aujourd'hui je puis vous en présenter trois de chaque type, et tous six opérés avec succès. Un de ces cas vous montrera l'avantage inconstestable du procédé que je préconise — sur les autres. La cataracte zonulaire centrale peut s'opérer à tout âge; *chez l'enfant tout jeune*, lorsque les parents s'aperçoivent que l'enfant voit mal, consultent, et ne reculent pas devant une intervention chirurgicale; *chez l'adulte*, lorsque les parents se sont opposés à l'opération, soit parce qu'ils la redoutaient, soit parce que l'enfant voyant un peu par la périphérie, la pupille étant dilatée, ils craignaient de compromettre par une opération le peu de vision que possédait l'enfant. Ces différentes considérations, persistant ou disparaissant, la cataracte zonulaire peut alors être opérée depuis la plus tendre enfance jusqu'au moment où le jeune homme ou l'homme mûr prend lui-même une décision et réclame l'intervention.

La cataracte zonulaire centrale se diagnostique à l'éclairage latéral et à l'éclairage direct avec le miroir ophtalmoscopique. Elle se présente sous la forme d'une opacification centrale plus ou moins prononcée, variant d'une teinte sombre à un aspect brillant et chatoyant, mais presque toujours à bords nettement limités. Après dilatation de la pupille à l'aide de l'atropine, on voit que toute la périphérie du cristallin est transparente, et que la vision du sujet est considérablement améliorée, en tenant compte bien entendu de la parésie accomodative atropinique, si le sujet n'est pas fortement myope; parésie atropinique corrigeable par des verres convexes appropriés. C'est même à l'aide de ce subterfuge que quelques cataractés congénitaux ont pu apprendre à lire et à écrire, et même faire des études complètes, comme l'avocat distingué que j'ai opéré récemment. La cataracte centrale diagnostiquée, il faut immédiatement pratiquer l'iridectomie. Jamais il ne faut faire l'extraction d'une cataracte centrale. Il est très rare qu'une cataracte centrale se complète. Il est des cas cependant où au moment de l'examen on constate l'existence de petites stries partant de la périphérie de l'opacification et rejoignant la périphérie du cristallin. Ici encore, il faut pratiquer l'iridectomie, car l'on ne peut prévoir le nombre de mois ou d'années nécessaires à l'opacification totale; on doit dans ce cas prévenir la famille que la cataracte se complétant, il serait nécessaire de pratiquer l'extraction cristalliniennne. Mais d'une façon générale l'iridectomie est l'opération de choix dans les cataractes centrales. Elle suffit à donner au sujet une excellente vision, avec tous les avantages d'une réfraction et d'une accomodation normales, et elle se pratique avec la plus grande facilité, même chez les sujets les plus jeunes et les plus indociles.

Le colobome iridien doit se faire en bas, comme toutes les pupilles optiques.

Ce jeune enfant a été opéré, il y a un mois, de l'œil gauche. Il est âgé de dix huit mois; le léger nystagmus dont il est atteint avait attiré l'attention de sa mère, qui me le montra, il y a quelques semaines. A l'éclairage latéral, je constatai immédiatement l'existence d'une tache sombre occupant les parties centrales du cristallin. L'atropinisation me permit aussi de constater que les parties centrales seules étaient opacifiées et que toute la périphérie du cristallin était intacte. Je proposai l'iridectomie, qui fut acceptée.

Chez l'enfant, il est indispensable d'obtenir la fixité absolue de la tête et de l'œil. Le fauteuil mécanique à ailes latérales, un aide appuyant légèrement sa main sur le front de l'enfant, permet d'obtenir l'immobilisation de la tête. Quant à la fixation parfaite de l'œil, elle ne peut être obtenue qu'à l'aide de deux pinces à fixation, à dents et à arrêt, l'une tenue par l'opérateur, l'autre par un aide exercé, et appliquées aux extrémités du diamètre horizontal. A l'aide du couteau lancéolaire, une ponction est pratiquée par l'opérateur au niveau du limbe corné-sclérotical; le couteau est poussé lentement et doucement dans la chambre antérieure, le manche s'abaissant au fur et à mesure que la lame pénètre dans la chambre antérieure, de façon à ne pas toucher le cristallin, et est retiré de façon que l'humeur aqueuse ne soit pas projetée violemment avec l'iris. L'opérateur saisit immédiatement l'iris avec la pince à iridectomie, pendant que l'aide déjà employé à fixer l'œil sectionne d'un seul coup tout ce qui dépasse de l'iris tendu par l'opérateur, en ayant bien soin d'affleurer les lèvres de la plaie cornéenne sans les entamer. L'écarteur est retiré. On s'assure qu'il n y a pas d'enclavement, et on applique le pansement antiseptique. Dans le cas où un petit lambeau iridien serait pris entre les lèvres de la plaie, on le rentrerait à l'aide de la spatule ou en l'excisant. Chez l'enfant, il reste quelquefois un peu de sang dans la chambre antérieure Il n'y a pas lieu de s'en inquiéter; ce léger hyphèma se résorbe le plus souvent en moins de vingt-quatre heures. Pendant les quelques jours qui suivent l'opération, on instille chaque jour quelques gouttes d'un collyre à l'atropine au 1/300.

C'est ainsi que j'ai procédé chez ce jeune enfant. Vous voyez qu'il est en possession maintenant d'une pupille nette, régulière; le colobome a la forme d'un trou de serrure, à travers lequel les rayons lumineux passent sans rencontrer aucun obstacle. Dans quelques jours, je me propose de lui opérer l'œil droit.

Chez l'adulte, l'opération ne diffère guère de celle que l'on pratique chez l'enfant. Une seule pince à fixation, sans cran d'arrêt est nécessaire. On emploie indifféremment le couteau de Graefe ou le couteau lancéolaire. Dans l'iridectomie inférieure, mes préférences sont pour le couteau de Graefe, à cause de la pression un peu forte que l'on est toujours obligé d'exercer avec le couteau lancéolaire pour pénétrer dans la chambre antérieure. Je fais généralement exciser l'iris par un aide exercé. L'opération est ainsi plus rapidement faite, le chirurgien n'ayant pas à abandonner la pince à fixation.

Le jeune homme que voici a été opéré des deux yeux, il y a six mois. Il est âgé de vingt-cinq ans. Il est atteint à chaque œil d'une cataracte centrale à reflets bril-

Digitized by Google

lants et chatoyants et affectant à peu près la forme et l'aspect d'une pierre nacrée et ronde que l'on aurait placée en arrière de l'iris, dans le champ pupillaire. Sa culture intellectuelle est peu développée. Comme les pupilles étaient naturellement dilatées, il avait pu jusqu'à présent se conduire seul et servir la messe à un vieux curé depuis une quinzaine d'années environ; c'était là sa seule occupation. Je lui ai pratiqué une double pupille optique, et sa vision est excellente.

M. X... était atteint des deux formes de cataracte congénitale centrale à gauche et complète à droite. Du côté gauche, j'ai pratiqué une iridectomie optique à l'aide du couteau de Graefe, et, à droite, le procédé dont je vous parlerai dans un instant. M. X... avait pu faire toutes ses études à l'aide de la dilatation atropinique, corrigée par des verres appropriés; mais, depuis qu'il plaidait, il s'était aperçu de la difficulté qu'il éprouvait, tout en parlant, à consulter ses dossiers, et était venu, après beaucoup de tergiversations, me demander de l'opérer. Le succès a répondu à son attente, et, à l'heure actuelle, l'amélioration qu'il a obtenue est considérable.

De même que la cataracte centrale réclame toujours et uniquement l'iridectomie, de même la cataracte molle complète n'est justiciable que d'une seule opération, l'*extraction simple*, relativement facile à pratiquer, et toujours sûre dans ses résultats. A ce point de vue, je tiens à être très catégorique devant vous; je repousse absolument la discision et l'aspiration. Je vous donnerai mes raisons et j'espère qu'elles vous convaincront. Quoi qu'il en soit, l'opération que je viens de faire devant vous doit vous démontrer que l'extraction simple est d'une exécution aisée, absolument indolore, donnant immédiatement un champ pupillaire net et parfaitement transparent, sans traumatisme ni contusion de la plaie cornéenne, et avec un résultat définitif dont la fillette opérée il y a quelques jours en est un sûr garant.

En deux mots, voici comment j'ai procédé, et comme je vous engage à procéder dans tous les cas analogues, quel que soit l'âge de l'enfant. L'œil étant bien cocainé et la pupille atropinisée, on place l'écarteur interne, puis, fixant l'œil au niveau du diamètre horizontal à l'aide de la pince à fixation, on ponctionne la cornée avec un couteau lancéolaire sur le diamètre horizontal, à égale distance du centre de la pupille et du limbe cornéo-sclérotical externe, et, après avoir pénétré dans la chambre antérieure, on enfonce doucement, *très doucement* le couteau, jusqu'à ce que la pointe ait atteint l'angle scléro-cornéen interne, en ayant bien soin de ne toucher ni le cristallin, ni l'iris, ni la face postérieure de la cornée; pour cela, au fur et à mesure que la pointe du couteau pénètre dans la chambre antérieure, il faut abaisser le manche du côté de l'oreille. L'angle scléro-cornéen interne ayant été atteint, on retire très doucement le couteau, en faisant le mouvement en sens inverse; puis, à l'aide d'un kystitome, on ouvre transversalement la capsule cristallinienne, A ce moment, une bouillie blanche, très liquide la plupart du temps chez les enfants qui n'ont pas atteint l'âge de 15 ans, un peu plus épaisse plus tard, se précipite contre la plaie faite à la cornée; il suffit d'entrebailler les lèvres de la plaie pour évacuer complètement toutes ces masses et obtenir en quelques secondes une pupille absolument noire. Quelques gouttes d'un collyre à l'ésérine sont instillées, et l'on applique le pansement antiseptique. La guérison complète s'obtient en trois ou quatre jours. Dès le lendemain de l'opération, on instille 5 à 6 gouttes d'un collyre à l'atropine. Le quatrième jour on remplace le pansement antiseptique par des lunettes fumées et, dès le huitième jour, on peut commencer à exercer l'œil opéré à l'aide d'un verre convexe de 16 à 18 dioptries. L'enfant que je viens d'opérer a 7 ans. Cette jeune fillette, à qui j'ai pratiqué l'extraction il y a deux mois, a neuf ans. Les parents consultent généralement plutôt pour la cataracte molle complète que pour la cataracte centrale, parce qu'elle est plus visible et parce que l'enfant ne voit pas du tout de l'œil atteint. J'ai cru remarquer aussi que la cataracte molle était plutôt unilatérale, et que la cataracte zonulaire affectait plus souvent les deux yeux. Cette remarque est basée bien plus sur ce que j'ai observé depuis que je m'occupe d'ophtalmologie, que sur les quelques cas qui font le sujet de cette conférence.

Je considère l'extraction simple comme bien supérieure dans ses résultats à la discision, même chez les tout jeunes enfants. Le grand grief que l'on peut invoquer contre la discision, c'est que pour obtenir un résultat à peu près appréciable, il faut la répéter plusieurs fois; or, chaque fois que l'on discise, on expose l'œil à un nouveau danger.

La discision consiste à ouvrir largement la capsule antérieure à l'aide d'une aiguille spéciale, et à mettre en contact les masses cristalliniennes avec l'humeur aqueuse qui doit les résorber.

On crée ainsi une véritable cataracte traumatique. Les masses corticales se gonflent, remplissent la chambre antérieure. Des accidents glaucomateux peuvent éclater; on est alors obligé d'évacuer les masses et à faire une véritable extraction, qu'on aurait beaucoup mieux fait de pratiquer de suite, sans compter les poussées d'iritis et d'irido-choroïdite qui surviennent entre temps. Je sais bien que ces accidents ne se produisent pas dans tous les cas, mais ils sont fréquents, et laissent toujours des traces qui nuisent à la perfection de la vision. Et puis, on est exposé à les voir se reproduire à chaque nouvelle intervention, sans compter qu'à la suite de ces discisions successives, la capsule reste plus ou moins épaissie et nécessite quelquefois une extraction capsulaire totale. Donc, opération moins sûre, accidents possibles, nécessité d'interventions répétées amenant chacune un nouveau danger avec soi, résultat définitif moins bon, tel me paraît être le bilan de la discision appliquée au traitement de la cataracte congénitale, quelles que soient l'habileté de l'opérateur et les précautions antiseptiques dont il s'est entouré.

Quant à l'aspiration je la repousse encore plus vigoureusement, si c'est possible. Comme son nom l'indique, cette opération consiste à introduire, à travers une incision faite à la cornée, une aiguille tubulée au milieu des masses cristalliniennes; on aspire ces masses dans un tube en verre à l'aide d'un tuyau en caoutchouc dont

Digitized by Google

l'opérateur met l'extrémité dans la bouche. Théoriquement la chose peut paraître séduisante; il faut croire que la pratique a séduit quelques opérateurs, puisque Coppez en a fait un certain nombre avec succès, et que Redard a fait construire un aspirateur, dont vous avez un spécimen sous les yeux. Pour ma part, tout en suivant très exactement les indications données par Coppez, je n'ai jamais réussi à aspirer que des parcelles insignifiantes de la cataracte, et j'ai dû recourir plus tard à l'extraction.

L'opération, à cause du volume même des instruments employés, est très traumatisante; l'aspiration, aussi doucement qu'elle soit faite, peut entraîner des accidents immédiats, dont le moindre est l'attraction violente de l'iris vers la plaie et son enclavement. Voici un jeune enfant âgé de 7 ans, qui m'a été amené pour la première fois, il y a trois ans, atteint de cataractes congénitales complètes des deux yeux. C'était à l'époque où l'aspiration était vivement défendue par Coppez. Je résolus d'employer l'aspiration pour l'œil droit et la discision, afin de comparer les résultats. Des deux côtés le résultat fut incomplet Il resta de vastes opacifications capsulaires, aussi bien à droite qu'à gauche, avec une synéchie antérieure en plus du côté droit. Il y a huit jours, je lui ai enlevé la capsule de l'œil droit, le résultat est parfait. Il est surprenant même de voir combien l'œil de l'enfant supporte bien ces extractions.

Après avoir cocaïné l'œil, et appliqué l'écarteur interne, je fis une ponction à l'aide du couteau lancéolaire en pleine cornée, à la partie inféro-interne, à peu près à égale distance du centre pupillaire et du limbe cornéo-sclérotical. Au moment où je retirai mon couteau l'humeur aqueuse s'écoula; j'introduisis immédiatement dans la chambre antérieure une pince à griffes à double courbure, et d'un seul coup j'enlevai toute la capsule. Je ne perdis pas une goutte de corps vitré. Cinq minutes après l'humeur aqueuse était reformée, et l'œil était aussi pur et aussi net que si on n'y avait pas touché. J'appliquai un pansement antiseptique, que j'enlevai deux jours après. Il n'y eut pas la moindre réaction inflammatoire. Aussi je me propose de pratiquer exactement la même opération à l'œil gauche.

En résumé, la cataracte congénitale est centrale ou totale. Dans le premier cas, il ne faut jamais pratiquer l'extraction du cristallin, mais se contenter d'une iridectomie optique, qui donne une vision parfaite, en conservant intacte l'accomodation du sujet.

Dans le second cas, une seule opération est à conseiller: c'est l'extraction simple, par le procédé que j'ai indiqué. L'extraction simple est facile, indolore et absolument sûre dans ses résultats, à la condition que le chirurgien ait pris toutes les précautions antiseptiques, sur lesquelles j'ai cru inutile d'insister, tellement on doit être familiarisé avec elles.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

De l'anesthésie locale par l'ether phéniqué par M. Richardson. — Voici la formule de l'ether phéniqué recommandé par l'auteur :

Acide phénique..... 0,20 centigrammes.
Ether anhydre..... 20 grammes.

On l'emploie en pulverisations (*The Asclepiaad*. Août 1890).

L'anesthesie cutanée est obtenue avant le moment où le froid se produit. On peut donc pratiquer alors l'incision de la peau. En continuant les pulvérisations, on peut procéder sans douleur, à la dissection des tissus plus profondément situés. De plus le malade n'éprouve point les douleurs de retour, même quand l'anesthésie a été de longue durée.

Toutefois, il faut prévoir un inconvénient : l'absorption de l'acide phénique par les tissus et sa pénétration dans l'organisme pouvant provoquer des symptômes d'intoxication.

S. R.

Traitement de l'anus artificiel par l'enterotomie par M. Lécuyer, (de Beaurieux). — Notre confrère rapporte une observation d'anus artificiel, suite de hernie crurale étranglée, qu'il a traité avec succès par l'enterotomie. (*Union méd. du Nord-Est*, octobre 1890).

Cette opération a été faite dans de bonnes conditions de santé du côté de la malade, avec un enterotome perfectionné par M. Lécuyer. Cet instrument est à branches parallèles, et son mérite très réel consiste à exercer une constriction égale sur toute la surface d'application. De plus il ne peut être desserré ou enlevé que par le chirurgien ou un aide. Une seule application suffit sur l'éperon, l'escharre tombe vers le dixième jour tandis qu'avec l'enterotome de Dupuytren, plusieurs applications sont quelquefois nécessaires et la chute de l'escharre est plus tardive.

H. M.

LARYNGOLOGIE

Du traitement des pharyngites et des rhinites par la pyoctanine, par M. Bresgen. — Ce derivé de l'aniline est un antiseptique puissant, comme on le sait; l'auteur en propose et en a essayé l'emploi pour diminuer l'inflammation des muqueuses nasale et pharyngée. (*Deut. med. Woch.* 1890, p. 24).

Il conseille de pratiquer, à cet effet, le badigeonnage de ces muqueuses avec une solution aux deux millièmes et au moyen d'un tampon d'ouate imbibée de cette solution.

On obtiendrait ainsi non seulement la résolution plus rapide de l'inflammation, mais aussi une diminution des sécrétions purulentes.

S. R.

MÉDECINE

De la présence du sucre dans les épanchements pathologiques par M. W. R. Ransom. — Ces recherches ont été faites par la méthode et avec le réactif de Fechling, le picrate de potasse, le réactif de Moore, le sous-nitrate de bismuth et la fermentation. (*The Practitioner*, oct. 1890).

En voici les résultats : *liquide ascitique* : sucre environ un centième, mais cette proportion est plus considérable quand la veine porte est obstruée et après l'ingestion d'aliments riches en glycose.

La *serosité des kystes de l'ovaire* ne contient pas de sucre ; celle de l'*anasarque* en renferme un centième; la *serosité des pleurésies* inflammatoires n'en renferme pas constamment ; celle des *hydrocèles* en contient ainsi que le *liquide des kystes hydatiques* et le *liquide cérébro-spinal*, mais la présence de cet élément est variable.

S. R.

De la paralysie consécutive aux injections sous-cutanées d'éther, par M. Wallace. — La fréquence de l'emploi de cette médication rend intéressantes les recherches de l'auteur. Déjà en 1881, dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, M. Arnozan en avait parlé à propos d'un cas dont il avait été témoin. M. Wallace en cite deux autres cas (*Edimburgh Med. Journal*, septembre 1890).

Il conclut : que ces paralysies sont passagères et guérissent. A ce point de vue, il recommande l'électrothérapie. Quant à leur origine, il l'attribue à l'action chimique et coagulante de l'éther sur les terminaisons des nerfs dans les muscles. De là, cette indication de ne point pratiquer les injections d'éther

Digitized by Google

dans l'épaisseur d'une masse musculaire; mais de préférence dans le tissu cellulaire sous-cutané. Cependant, toute règle a des exceptions. Quand on adopte le tissu musculaire pour lieu d'élection, il faut choisir de préférence un muscle épais, comme le deltoïde ou le grand dorsal, afin de réduire au minimum le danger d'altérer les fibres nerveuses. S. R.

OBSTÉTRIQUE

De l'emploi de la cocaïne pendant l'accouchement, par M. Franc. — Dans un important mémoire, notre confrère bordelais résume ainsi le procédé dont il fait usage et les indications qu'il observe pour la cocaïnisation des parturientes. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 26 octobre 1890.)

Si la *dilatation du col débute*, on commence par pratiquer un badigeonnage à l'aide d'une solution faible à 5 0/0. A cet effet, on découvre le col, avec le spéculum bivalve, ou mieux avec le spéculum de Sims, et l'on promène sur le col, le segment inférieur et les culs-de-sac vaginaux un tampon de ouate hydrophile imbibé de la solution de cocaïne et introduit à l'aide d'une longue pince.

Ces badigeonnages sont répétés toutes les demi-heures ou toutes les heures, selon les besoins.

Une fois la *dilatation complète* et la *tête engagée*, on pratique les badigeonnages sur les parois du canal vaginal, à mesure que la tête descend; mais alors cette petite opération s'effectue plus facilement et avec avantage au moyen d'un fort pinceau de blaireau trempé dans la solution.

Lorsque la *tête est sur le périnée*, les dernières douleurs peuvent être presque entièrement supprimées; mais, à cette période, il est bon de se servir d'une solution forte à 10 et 20 0/0.

Pour chaque badigeonnage, quelques gouttes de solution suffisent — vingt à trente gouttes chaque fois — et ainsi on arrive, avec des doses relativement faibles, à provoquer, sinon la disparition, du moins la diminution de la douleur.

Dans le cas de complications dans la marche ou la durée de l'accouchement (longueur du travail, douleurs excessives), et surtout si ces complications nécessitent une intervention opératoire, la cocaïne seule ne suffit pas et ne peut remplacer l'anesthésie chloroformique ou l'emploi simultané de la cocaïne, du chloroforme ou du chloral. S R.

De la cocaïne contre les vomissements de la grossesse, par M. Carney. — Cette médication a été employée après l'échec de tous les autres traitements chez une femme qui éprouvait des vomissements incoercibles pendant chacune de ses grossesses. (*Australian med. journ.*, juin 1890.)

On appliqua sur la totalité du vagin et le col utérin une solution saturée de cocaïne. De plus, on introduisit dans le canal utérin un suppositoire contenant 5 centigrammes d'hydrochlorate de cocaïne et 1 centigramme de morphine. Huit heures après ce pansement, les vomissements cessèrent. On continua l'emploi de la cocaïne seule, et la guérison se confirma. S. R.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

MÉDECINE

De la ponction aspiratrice comme premier moyen de traitement des kystes hydatiques du foie.

On a tour à tour préconisé, pour guérir ces kystes, les ponctions suivies ou non d'injections modificatrices ou parasiticides, l'ouverture par les caustiques et l'incision en un ou plusieurs temps. Les méthodes anciennes: ponction avec le gros trocart, ouverture par les caustiques, incision en plusieurs temps reposent toutes sur le même principe; isoler le kyste du péritoine en provoquant la formation d'adhérences et le traiter ensuite comme un abcès ordinaire, la poche devant fatalement suppurer. Mais elles exposent à de grands dangers, car il est d'abord difficile de modérer et de limiter l'inflammation et l'on peut voir survenir des suppurations intermusculaires (Gallard) et plus souvent encore une péritonite généralisée d'emblée. De plus, les adhérences sur lesquelles on compte peuvent être insuffisantes pour contenir le pus provenant du kyste; en effet, l'inflammation adhésive donne lieu tantôt à la formation de brides tenaces, lamellaires, tantôt au développement de néomembranes molles et aréolaires entre les mailles desquelles le pus peut se faire jour et le chirurgien n'a aucun moyen de s'assurer de la valeur de la barrière qu'il a ainsi créée et qui doit être la seule sauvegarde du malade.

La méthode nouvelle de la laparotomie a, sur les précédentes, l'énorme avantage de permettre d'agir à ciel ouvert; au lieu de cacher le danger, elle permet de s'en rendre compte et d'y parer immédiatement en faisant la toilette du péritoine, si une seule goutte de pus a filtré, malgré les soins de l'opérateur. Les nombreux succès dus à la laporotomie tendent à la faire considérer aujourd'hui comme la méthode de choix et à la substituer d'emblée à toute autre intervention. Or, tout en lui reconnaissant une supériorité marquée sur les méthodes énumérées précédemment, on ne peut oublier qu'elle comporte la gravité et les dangers multiples inhérents à toutes les grandes opérations et en particulier aux opérations faites sur l'abdomen. Il faut également tenir compte dans une certaine mesure de la large cicatrice qu'elle laisse après elle et qui peut déterminer une éventration.

Aussi nous paraît il plus sage, avant de se décider pour l'une ou l'autre de ces méthodes, de chercher d'abord la guérison dans *une* ponction aspiratrice, parce que celle-ci est une opération moins grave que les autres; qu'elle peut souvent donner des succès et qu'enfin si elle échoue, elle ne diminue pas notablement les chances de réussite des moyens que nous venons de passer en revue.

Les chirurgiens qui conseillent la laparotomie d'emblée s'appuient sur les accidents auxquels a donné lieu la ponction. Mais d'abord il faut éliminer les cas où la ponction a été faite avec un trocart dit capillaire, mais sans aspiration. La méthode aspiratrice diminue incontestablement beaucoup les chances d'accidents et bon nombre de cas cités par les complications survenus après la ponction sont antérieurs à la découverte de Dieulafoy. On ne saurait non plus faire entrer en ligne de compte les ponctions faites sans les précautions nécessaires;

Digitized by Google

sans doute, la moindre faute d'antisepsie peut amener des accidents, mais n'en est-il pas de même à plus forte raison dans une laparotomie? Parce qu'une thoracentèse faite avec des instruments septiques déterminera la suppuration de la plèvre, est-ce une raison pour rejeter ce mode de traitement? Il est incontestable que les kystes hydatiques peuvent s'enflammer sous l'influence de la moindre irritation; cette tendance à la suppuration doit faire redoubler de soins dans la ponction, mais ne nous paraît pas de nature à faire rejeter cette opération.

La récidive à distance par greffe des échinocoques sur le péritoine, signalée d'abord par Volkmann, ne paraît guère possible quand on se sert d'un trocart aussi fin que celui de l'aspirateur; en tous cas, la laparotomie ne met pas plus complètement à l'abri de cet accident (Voir *Soc. Méd. des Hôpit.*, *26 juin 1889*).

La petite dimension de la piqûre permet aussi d'éviter l'écoulement du liquide dans le péritoine, surtout si l'on a soin d'éviter, comme nous le dirons, toute compression de la poche pendant et après la ponction. Si le liquide est suppuré, sa consistance rend cette pénétration des plus difficiles et l'observation courante montre qu'on peut, avec les instruments dont nous parlons ponctionner des abcès à travers le péritoine. Lorsque le liquide n'est pas suppuré, sa fluidité extrême peut cependant permettre la filtration de quelques gouttes et par suite amener l'intoxication hydatique. Celle-ci se traduit par une élévation de température, une poussée d'urticaire et des douleurs abdominales parfois assez violentes, mais elle ne s'accompagne pas de péritonite et se termine favorablement en peu de jours. On peut donc dire que la ponction aspiratrice ayant donné lieu à des accidents, doit être pratiquée avec des précautions très minutieuses; mais que cette opération ne présente pas, à beaucoup près, autant de gravité que les autres méthodes.

D'autre part, elle est efficace et peut suffire à la guérison, comme l'attestent les quatre-vingts cas cités par Murchison, dans lesquels la guérison a suivi une seule ponction, et les quinze faits semblables réunis par Degoix, pour ne citer que les auteurs qui ont groupé les résultats d'un grand nombre de ces opérations. Dieulafoy estime la proportion des guérisons à la suite d'une seule ponction aux deux tiers des cas. C'est sur les kystes jeunes, par conséquent peu volumineux, à parois minces et pauvres en hydatides filles, que cette méthode donne les résultats les plus favorables, mais elle peut réussir même dans les kystes multiples; l'irritation déterminée dans la poche ponctionnée amenant, par sa propagation, la mort des hydatides contenues dans les kystes voisins. (Desnos, 1875.)

Voyons maintenant les précautions nécessaires pour rendre la ponction aspiratrice aussi inoffensive que possible. Il est inutile d'insister sur la nécessité d'obtenir l'asepsie de la piqûre, ni sur les moyens qui permettent d'y arriver. La canule, une fois en place, sera maintenue de façon à lui éviter une secousse brusque. L'évacuation du liquide devra être lente et aussi complète que possible, car c'est là le meilleur moyen d'éviter son écoulement dans le péritoine. Dans le même but, on exigera du malade une immobilité absolue et on s'interdira toute pression sur la région du foie, soit pour explorer la tumeur, soit pour aider à l'écoulement du liquide kystique.

Après avoir retiré la canule, on fera de la compression par un bandage de corps disposé avant l'opération pour ne pas avoir à déplacer le malade. L'immobilité doit, en effet, être *absolue*, non seulement pendant la ponction, mais encore pendant les vingt-quatre premières heures qui suivent. On diminuera enfin les contractions des intestins par une forte dose d'opium. Ce n'est que par cet ensemble de précautions qu'on évitera les accidents. Une journée suffit d'ailleurs pour amener l'oblitération complète de la petite plaie faite par le trocart.

L'adjonction d'une injection de sublimé à la ponction a été conseillée par Debove; elle ne paraît pas, en général, augmenter la gravité de l'opération; dans un cas cependant, elle a été suivie de la suppuration du kyste, qui a nécessité la laparotomie. (Bouilly.)

Le dernier argument contre la pratique des ponctions aspiratrices est que celles-ci retardent l'application des traitements plus radicaux et peuvent rendre moins favorables les conditions dans lesquelles le malade devra être opéré; mais nous ne soutenons ici que la nécessité d'une ponction unique, sans chercher à apprécier le procédé des ponctions successives. Or une seule ponction qui a échoué, soit parce que l'évacuation du liquide n'a pu être obtenue, soit parce que le liquide une fois évacué s'est reproduit, retarde peu l'emploi des autres méthodes. D'ailleurs, elle peut souvent être faite à une période précoce où, le diagnostic n'étant pas encore suffisamment établi, toute autre intervention serait prématurée, et c'est même à ce moment qu'elle a le plus de chances de réussir.

Si elle n'a pas entraîné la suppuration de la poche, elle n'a pas non plus aggravé la situation, et les renseignements qu'elle a fournis sur le volume du kyste, la consistance de ses parois, le nombre apparent des hydatides filles, peuvent aider le chirurgien à se déterminer pour telle ou telle méthode. Les conditions sont, au contraire, bien différentes si le kyste suppure; mais c'est surtout après les ponctions multiples que cet accident se produit, et il est exceptionnel de l'observer après une seule ponction faite comme nous l'avons indiqué. Enfin, même dans ces cas, le pus n'envahit pas d'emblée le péritoine, et la laporotomie peut encore être faite avec des chances très sérieuses.

Nous terminerons en disant que les accidents sérieux, relativement très rares, qui peuvent succéder à une

Digitized by Google

seule ponction aspiratrice bien faite, ne sont pas une raison suffisante pour priver le malade d'une méthode capable de donner des succès fréquents et d'éviter ainsi des opérations beaucoup plus importantes qui exposent elles-mêmes à des dangers plus nombreux.

Dr Merigot de Treigny

FAITS CLINIQUES

Enorme sarcome du thorax

Par M. le Dr Ed. Schwartz
Chirurgien de la Maison municipale de santé
Professeur agrégé à la Faculté

Les tumeurs du thorax indépendantes du sein et des ganglions sont relativement assez rares dès qu'il ne s'agit pas de kystes ou de lipomes; presque toujours alors elles ont pour point de départ le squelette (côtes et sternum), et l'on a affaire à des sarcomes, à des chondromes ou bien encore à des tumeurs mixtes. Les tumeurs solides primitivement développées dans les muscles, y ayant leur point de départ, sont peut-être de toutes les moins fréquentes. Aussi croyons-nous intéressant de vous rapporter une observation de cystosarcome du petit pectoral qui, par son volume, par les rapports qu'il affectait avec les côtes et le feuillet pariétal de la plèvre, par les larges délabrements qu'il a fallu faire pour arriver à une extirpation complète, me paraît sortir du cadre ordinaire de la chirurgie courante. Voici l'observation de notre opéré.

Il s'agit d'un jeune homme de 23 ans, employé de commerce qui me fut amené au mois de juillet 1890. Je fus immédiatement frappé de ce fait que le malade qui venait me consulter avait le bras gauche fortement écarté du tronc par une saillie que ne parvenaient pas à masquer les vêtements très amples qu'il portait. Lorsque le patient fut déshabillé, ce qui ne se fit par sans une certaine difficulté, à cause de la gêne des mouvements du membre supérieur, je pus constater les faits suivants. Le côté gauche de la poitrine, depuis une ligne qui passe à trois centimètres du bord du sternum jusqu'au bord axillaire de l'omoplate transversalement, depuis le creux sous-claviculaire en haut jusqu'à la huitième côte en bas, est occupé par une énorme tumeur qui fait saillie en avant et en dehors vers l'aisselle de telle façon que le bras repose sur elle à angle aigu et ne peut être rapproché du tronc. La peau paraît saine, mobile partout, mais est sillonnée, surtout du côté du creux axillaire, de veines nombreuses et dont quelques-unes très volumineuses. La palpation permet de reconnaître des parties de consistance inégale, les unes très dures, surtout vers le haut où l'on dirait du tissu osseux, les autres nettement fluctuantes; la portion fluctuante est située en haut et en dedans, au-dessous du grand pectoral qui se tend sur la masse quand on écarte le bras du corps. Saisissant la tumeur à pleines mains, il nous est possible de lui transmettre quelques légers mouvements de haut en bas, mais elle est absolument fixe dans le sens latéral de telle façon qu'il est presque impossible de ne pas admettre des connexions avec le squelette du thorax, avec les côtes.

L'examen approfondi de l'aisselle nous montre qu'elle se prolonge dans la cavité axillaire très avant jusque sous la clavicule sans déterminer toutefois la compression des gros troncs vasculaires et nerveux de la région. Pas de ganglions appréciables. Comme signes fonctionnels, le patient présente depuis quelque temps des douleurs de tension irradiées dans tout le côté, de la gêne croissante du membre supérieur gauche, enfin un peu de gêne de la respiration.

Cette tumeur a debuté il y a deux ans et demi à trois ans environ sans qu'on puisse nous donner des détails bien précis sur le lieu d'origine; il semble néanmoins que c'est au niveau de la région sous-pectorale qu'elle a pris naissance pour s'étendre ensuite en bas et en dehors. Elle prend surtout de l'accroissement depuis quelques mois.

Le jeune homme est encore fort, robuste, d'une bonne santé apparente et demande instamment à être débarrassé de cette énorme masse qui mesure vingt centimètres en hauteur environ et un peu plus en largeur.

Le diagnostic de la nature de la tumeur était relativement facile. Il s'agissait, vu l'âge du malade, vu la marche et les caractères actuels, d'un cystosarcome. Mais quel était son point de départ? Quelles étaient ses connexions? C'étaient là des questions importantes à résoudre au point de vue pronostic et thérapeutique.

Il était certain que la tumeur avait des connexions costales à cause de son immobilité latérale et cependant les quelques légers mouvements dans le sens vertical, nous faisaient espérer qu'elles n'étaient pas tellement intimes pour qu'on pût penser à un néoplasme ayant débuté par les os. Notre conclusion fut donc, avec beaucoup de réserves, il est vrai, qu'il s'agissait d'une tumeur sarcomateuse des parties molles avec adhérences secondaires au squelette. L'examen de la cavité thoracique ne nous révéla rien de suspect de ce côté.

D'ailleurs, quelque fût le diagnostic, il fallait opérer et cela le plus tôt possible, la tumeur était en voie d'accroissement rapide.

L'opération fut faite le 1er juillet avec l'assistance de nos excellents amis et confrères, les docteurs Cailleret, Tubraux et Gaillard, de Saint-Quentin et Bourg.

Le malade étant endormi, je décris à la partie inférieure du néoplasme, une demi-circonférence de 35 centimètres de longueur de façon à former un vaste lambeau cutané que nous pourrions relever pour mettre à nu la tumeur. Je disséque rapidement la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, et suis obligé de couper en arrière le grand dorsal qui recouvrait en partie l'extrémité la plus externe. Le lambeau relevé fut maintenu par un aide et je me mis en devoir de détacher toute la masse du thorax sur lequel elle était intimement appliquée.

Je m'aperçus bientôt qu'elle pénétrait sous le grand pectoral, que le petit pectoral avait complètement disparu, qu'il n'en restait que quelques fibres tendineuses allant s'insérer sur les 3e, 4e, 5e côtes auxquelles le néoplasme adhérait de telle sorte qu'il me fallut le détacher à l'aide de la spatule en enlevant avec lui le périoste; à ce moment les espaces intercostaux furent mis à nu, les muscles intercostaux adhérents à la masse furent soulevés avec elle et nous voyions le feuillet pariétal de la plèvre soulevé puis déprimé au moment de l'inspiration et de

Digitized by Google

l'expiration. La région fut immédiatement protégée à l'aide d'éponges aseptiques et je libérai la tumeur vers l'aisselle où elle envoyait un prolongement qui remontait au-delà de l'apophyse coracoïde. Grâce à l'application immédiate d'éponges sur tous les vaisseaux, à mesure que ceux-ci etaient sectionnés, l'hémorragie fut relativement peu abondante. Je m'assurai, après que toute la masse fut enlevée, de l'intégrité du tissu osseux des côtes que j'avais mises à nu, puis passai aux ligatures, après avoir encore enlevé quelques fragments restés après la rupture d'une grosse poche kystique contenant une sorte de bouillie brunâtre, transformation d'une hémorragie déjà ancienne.

La plaie fut ensuite réunie après désinfection (à cause des énormes surfaces mises à découvert) à la liqueur de Van Swieten, et je plaçai trois drains : l'un sous l'aisselle, les deux autres à la partie la plus déclive de l'incision demi-circonférentielle. Après suture profonde au catgut des fibres du grand dorsal coupé, je plaçai environ 40 points de suture superficiels au crin de Florence. Compression à l'aide d'éponges et de ouate hydrophile après pansement à la gaze iodoformée. Le malade se réveilla facilement et malgré l'intervention si étendue que nous venions de pratiquer et qui avait duré, somme toute, 1 heure 1/4, le pouls était relativement fort, il n'existait aucun phénomène de choc.

Au pansement suivant, 48 heures après, le docteur Cuilleret enleva les drains et après le second pansement qui eut lieu huit jours plus tard, la réunion était complète et la température n'avait jamais dépassé 37°5.

L'examen de la tumeur nous permit de constater qu'il s'agissait, en effet, d'un cystosarcome avec foyers de ramollissement et poches hémorragiques ayant détruit tout le petit pectoral depuis ses insertions aux côtes jusqu'à l'apophyse coracoïde. En haut, la tumeur était constituée par du tissu ostéoïde. Actuellement, trois mois après l'opération, l'opéré ne se ressent plus de l'énorme traumatisme qu'il a subi et l'état local et général est excellent. Malgré tout, il y a de très grandes réserves à faire, au point de vue de la récidive, vu l'âge du sujet et la nature de la tumeur.

Cette opération nous avait donné quelques appréhensions parce que l'année précédente, en 1889, nous avions eu à enregistrer, quoique dans les conditions différentes, un fait malheureux que je demande encore la permission de rapporter.

Il s'agissait d'un homme de trente-neuf ans, un peu obèse, hémorrhoïdaire et arthritique, mais paraissant fort et vigoureux, qui portait depuis sa naissance un énorme nœvus de la région thoracique droite situé sur la ligne axillo-iliaque au-dessous de la ligne bimammaire. Ce qui n'avait été qu'une tache de nœvus au moment de la naissance augmenta peu à peu de volume en épaisseur et en surface.

Le malade ne s'en était pas inquiété, jusque, il y a quelques années, où la tumeur prit un développement beaucoup plus considérable. Malgré tout, il recula toujours devant une intervention jusqu'aujourd'hui où les douleurs vives qu'il éprouve et l'impotence presque complète du bras droit le poussé à venir demander du secours. Lorsque le malade est déshabillé, je suis véritablement effrayé du volume énorme et de l'aspect de la tumeur qu'il porte.

Elle occupe tout le côté droit du thorax, empiétant en avant par le sens, se prolongeant en haut dans l'aisselle en arrière jusque tout près de la masse des muscles spinaux en bas, jusqu'à la partie inférieure de la cage thoracique. Son diamètre horizontal est de 43 centimètres, son diamètre vertical de 27 centimètres. Elle est adhérente à la peau ; en bas l'on voit un énorme nœvus spongieux ; des dimensions de la paume de la main ; la peau est sillonnée de dilatations veineuses qui sont surtout abondantes vers la région pectorale.

Quand le bras est pendant le long d'elle, elle est mobile sur la cage thoracique ; elle est immobilisée complètement quand le malade porte sa main derrière le dos, ce qui nous montre des connexions internes avec le grand dorsal.

Elle augmente de volume sous l'influence des mouvements et des efforts. Sa consistance est dure, plus molle par places, sans qu'il y ait nulle part de fluctuation. Elle représente comme une sorte d'épaisse cuirasse surajoutée du côté droit.

Notre diagnostic fut : Enorme lipôme diffus greffé sur une tumeur érectile, veineuse et érectile par endroits.

Tout autre chose l'ablation était inutile en pareille occurence. Je ne m'y décidai que sur les instances expresses du malade et de son entourage, convaincu que c'était la seule planche de salut et que sur les forces du patient il nous était permis de le tenter, en prenant toutes nos précautions pour éviter la perte de sang qui devait être le danger principal de l'intervention. De plus pour éviter toute intoxication par les antiseptiques, je n'employai pendant toute l'opération que de l'eau boriquée et distillée. Celle-ci fut entreprise le 4 mai 1889. Le malade chloroformé, je tracai deux grandes incisions en croix de façon à circonscrire toute la partie spongieuse la plus vasculaire où la peau est laissée adhérente.

Chemin faisant, je suis obligé d'enlever une grande partie du grand pectoral, du grand dorsal, du grand rond envahi par le néoplasme que je poursuis jusque dans l'aisselle. Je trouve en maints endroits d'énormes veines remplies de phlébolithes ; ici du lipome pur, là du fibrolipome, là du lipome érectile. Malgré la compression avec de grosses éponges, je fus obligé de placer 80 pinces à forcipressure, ce qui peut donner une idée de la vascularité de la tumeur, et cependant la quantité de sang perdue a été relativement peu abondante. Après ablation de tous les prolongements et de l'énorme masse qui pèse 2 kilogrammes 500 vide de sang, je place 3 gros drains déclives et fais la suture de la peau restante, avec du crin de Florence. Pansement compressif au salol. Le malade dont le pouls est un peu syncopal après l'opération, se réveille néanmoins très bien et est reporté dans son lit et entouré de boules chaudes, on lui fait 3 à 5 injections internes d'ether ; il prend du champagne et du cognac.

Vers deux heures de l'après-midi, il est pris subitement de pâleur et d'un accès de dyspnée ; le pouls faiblit de nouveau. Nouvelles injections d'ether qui le font revenir.

Je le revois à 4 heures de l'après-midi ; le pouls est bien frappé, un peu fréquent 110 environ ; le teint est légèrement violacé ; il se plaint d'être oppressé, de ne pas avoir sa respiration.

Les accidents se calment un peu dans la soirée quand vers 10 heures, il est repris d'une nouvelle attaque de dispnée, le cœur bat d'une façon désordonnée et il succombe à 11 h 1/2 du soir.

Quoique je n'aie pu faire l'autopsie, je suis presque convaincu que mon opéré a succombé à des embolies parties d'un ou de plusieurs des nombreux troncs veineux thrombosés qui parcouraient l'énorme masse lipomateuse.

REVUE DES LIVRES

L'assistance publique dans le département de Sambre et-Loire, par le Dr Henri Napias. (Paris, 1890.)

Au moment où parait, dans le *Dictionnaire encyclopédique d'hygiène* du Dr Rochard, l'article « Assistance publique », dû à deux travailleurs infatigables, MM. Martin et Napias, nous croyons devoir appeler l'attention sur un opuscule récemment paru : *L'Assistance publique dans le département de Sambre-et-Loire*, par le Dr Napias, avec une lettre préface de M. Monod, directeur des services d'hygiène et d'assistance publique au Ministère de l'intérieur.

Ce livre, original depuis le titre jusqu'à la conclusion, contient, sous forme humoristique et avec l'esprit gaulois, la substance même de l'article « Assistance publique ».

L'auteur nous présente ce département à dix ans de distance,

Digitized by Google

avant et après l'intervention heureuse d'un préfet aussi hypothétique que désirable, au courant des progrès de l'hygiène et des desiderata de l'assistance publique, des sentiments des laïcisateurs et des antilaïcisateurs, en tous cas partisan du plus grand esprit de conciliation.

Ce préfet, récemment nommé, constate, dans ses visites départementales, des lits d'hôpitaux à rideaux remplis de poussière, une salle d'opérations contiguë à la salle des morts, l'interdiction faite aux religieuses de soigner les femmes qui accouchent et les syphilitiques, des orphelinats recueillant des enfants sans intervention de la loi et s'en défaisant à leur majorité, sans instruction ni profession, des crèches où étaient refusés les enfants de filles-mères, des établissements hospitaliers à baignoires luxueuses et systèmes de robinets, dont on ne se servait pas par crainte de les dégrader, des commissions administratives des établissements hospitaliers en conflit quotidien avec celles des bureaux de bienfaisance, des nourrices, et des médecins que l'on ne payait pour ainsi dire pas.

Ce préfet eut l'idée, dans les chapitres suivants, de faire visiter par une commission composée de citoyens dévoués de son département tout ce qui s'était créé de nouveau en France et à l'étranger au point de vue de l'assistance publique et de l'hygiène.

Et cette commission se hâte de visiter : au Havre, le nouvel hôpital dû au zèle de M. Siegfried, le dispensaire du Dr Gibert et de Mme Engel-Dolfus; à Cherbourg, l'orphelinat des garçons d'hospice; à Chartres, la salle d'opérations du Dr Maunoury.

A Paris, les hôpitaux Tenon, Bichat et des Mariniers, le pavillon Turnier à la Maternité, les Dispensaires de Mme Furtado-Heine, de M. Pereire, de M. Ruel, et celui de M. le Dr Dubrisay. A Lyon, la commission constate l'accord et l'activité des administrateurs des hospices. A Montpellier, elle se rend compte du système Tollet appliqué au nouvel hôpital ; à Grenoble, de la Nursery municipale; à Lille, de l'orphelinat Stappaert et des Bleuets et la cité philanthropique qui dépend du bureau de bienfaisance de cette ville.

A Berlin, l'hôpital Moabit, pour les maladies contagieuses et épidémiques ; à Munich, l'hôpital des varioleux ; à Saint-Pétersbourg, les plans et devis des hôpitaux Baraques; en Angleterre, les asiles volontaires pour ivrognes, qui ne l'ont pas enthousiasmée, à cause de la nullité des résultats ; à Vienne, la commission remarque le contraste entre l'esprit religieux du pays et l'absence de personnel religieux à l'Hôpital général.

Au retour dans le département, chacun des membres comprend que les dépenses d'hygiène sont moindres que celles occasionnées par le traitement des maladies et par la perte de temps pendant cette durée ; le préfet s'occupe de créer une commission des logements insalubres et d'assainir le département. Sur sa proposition on organise la médecine gratuite, à l'aide de grandes sociétés mutuelles, industrielles et agricoles, sur le modèle de la Société du commerce de Paris.

Ces sociétés n'excluent pas les maladies syphilitiques ; elles n'excluent pas les varioleux, mais elles exigent la revaccination préalable à l'admission. Les fonds du traitement pour la médecine gratuite reposent sur la connaissance du nombre des indigents du département, soit 6 0/0 de la population et sur le nombre des indigents malades et le chiffre annuel pour frais de maladie, soit 7 fr. par an et par indigent malade.

Cette commission obtient que les communes forment un syndicat, à raison de 10 centimes par habitant, plus 1 franc par an pour chaque indigent malade, et elle arrive à payer convenablement les médecins, les nourrices, et à avoir un excédent qui en dix ans de temps, et avec l'aide d'un gros legs, permet au département de Sambre-et-Loire d'être classé le premier au point de vue des progrès accomplis en matière d'hygiène et d'assistance publique.

Ce livre est riche de renseignements exacts, peu connus touchant la matière de l'assistance publique en France

Dr CHARPENTIER.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

GYNÉCOLOGIE

I. **Quelques formules d'injections et d'irrigations vaginales.** — Elles sont utiles, surtout contre le catarrhe cervical utérin.

Technique des injections. — 1° Faire usage d'un sac en caoutchouc ou du bock placés à une hauteur de un mètre à un mètre et demi, de préférence aux irrigateurs et aux injecteurs à jets saccadés et intermittents.

2° Répéter ces injections deux fois par jour, et employer les solutions médicamenteuses à une température moyenne ; ou, même, s'il y a congestion, à la température de 40 degrés; enfin, faire usage pour chaque injection d'un litre et demi de liquide.

Solutions à injecter. — Les unes sont antiseptiques seulement ; les autres sont à la fois antiseptiques et astringentes.

A. *Solutions antiseptiques* :

Acide borique..... 150 grammes
F. s. a. et divisez en dix paquets. Un paquet pour un litre et demi d'eau bouillie.

Ou bien :

Sulfate de cuivre..... 45 grammes
F. s. a. et divisez en dix paquets. Un paquet pour un litre et demi d'eau bouillie.

Ou bien :

Naphtol B..... 10 grammes
Alcool..... 200 —
F. s. a. une solution. Une cuillerée à café de cette solution par litre d'eau bouillie préalablement.

B. *Solutions antiseptiques et astringentes* :

Borate de soude..... 150 grammes
F. s. a. et divisez en dix paquets. Un paquet pour un litre et demi d'eau bouillie.

Ou bien :

Acide picrique..... 1 gramme
Eau distillée..... 100 grammes
Une cuillerée à soupe pour un litre et demi d'eau bouillie.

On peut encore, dans le même but, faire usage de la solution dans un litre et demi d'eau de XX à C gouttes de la solution médicinale de perchlorure de fer.

RHINOLOGIE

II. **Traitement du coryza pseudo membraneux non diphtéritique.** — Cette rhinite fibrineuse, plus fréquente dans l'enfance que dans l'âge adulte, est justiciable, d'après M. Raulin, du traitement suivant :

Digitized by Google

1° Ne pas arracher les pseudo-membranes, mais les détacher par des fumigations, des pulvérisations et des irrigations antiseptiques ;

2° Prévenir leur formation par l'attouchement de leurs surfaces d'implantation avec le glycérolé lactophéniqué ainsi formulé :

Acide lactique.....	2	grammes
Acide phénique.....	3	—
Glycérine neutre,.....	30	—

3° Après la disparition des exsudats, combattre la rhinite catarrhale par des irrigations astringentes et légèrement antiseptiques, comme la solution de borate de soude. S. R.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES ÉTRANGÈRES

ANGLETERRE. — **Société de médecine de Londres** (29 octobre 1890). I. *De l'excision du ganglion de Gasser.* — **Société ophtalmologique de Londres** (28 octobre 1890). II. *Les symptôme de Graefe.* — AUTRICHE. — **Société des médecins de Vienne** (31 octobre 1890). III. *Les hémorragies méningées des nouveau-nés.*

I. **De l'excision du ganglion de Gasser.** — C'est une opération que Ferrier conseille dans les formes rebelles de névralgie du trijumeau, quand cette névralgie se déplace d'une branche du nerf sur une autre, après l'élongation ou la névrotomie.

Dans le cas rapporté par M. W. ROSE à la Société de médecine de Londres, il s'agissait, en effet, d'une femme atteinte de névralgie de la branche inférieure du trijumeau droit. L'élongation d'abord, la section ensuite, et finalement la névrectomie du nerf dentaire inférieur, ne procurèrent que des améliorations temporaires. C'est alors que le chirurgien pratiqua l'excision du ganglion de Gasser.

A cet effet, il reséqua le maxillaire supérieur et pratiqua avec la tréphine une ouverture dans le plancher du crâne, en élargissant le trou ovale. Le ganglion fut extirpé en plusieurs morceaux, sans lésion de la dure-mère.

Un accident grave, consécutif à cette opération, fut la destruction du globe oculaire à la suite de troubles trophiques. Néanmoins la névralgie a disparu depuis sept mois.

Reste à savoir, comme M. Ferrier l'a fait remarquer, si ce résultat est définitif : le temps seul le dira. En tout cas, on ne saurait méconnaître la gravité d'une opération qui amène la perte d'un œil et, entre autres complications, peut encore provoquer des troubles trophiques et fonctionnels du côté du nez ou de la cavité buccale.

II. **Le symptôme de Graef.** — Une question de diagnostic a été posée devant la Société d'ophtalmologie de Londres : Quelle valeur faut-il attribuer au symptôme de Graef?

Ce symptôme consiste, on le sait, dans la perte de coordination entre les mouvements verticaux du globe oculaire et l'élévation ou l'abaissement de la paupière supérieure. Pour vérifier sa valeur, M. SKARKEY l'a cherché sur 612 malades qui venaient consulter à l'hôpital Saint-Thomas et qui n'accusaient aucun des symptômes classiques de la maladie de Graves.

Sur douze de ces malades, il constata nettement ce symptôme. Sur d'autres, plus nombreux, il le trouva également, mais à un moindre degré. Il ne faut donc pas attribuer une valeur diagnostique absolue à l'existence ou bien à l'absence du symptôme de Graef. Ainsi encore se trouve la confirmation indirecte de l'opinion de Stilwag qui voyait dans ce phénomène une exagération de l'affaiblissement du clignement de la paupière.

III. **Les hémorragies méningées des nouveau nés.** — Ces hémorragies sont différentes de celles que l'on observe dans les maladies infectieuses ou après une déchirure de l'artère basilaire.

Pour M. KUNDIAT (de Vienne), elles se rencontrent sous deux formes anatomo-pathologiques.

Les unes, uni ou bilatérales, se produisent entre l'arachnoïde et la pie-mère, vers la convexité des hémisphères et dans la région pariétale.

Les autres se produisent à la fois, d'abord au même siège, et ensuite entre la dure-mère et l'arachnoïde.

Elles provoquent des accidents du côté du cerveau et du côté de la boîte crânienne : ici, asymétrie du crâne ; là, compression. On les rencontre sur des nouveau-nés en état d'asphyxie. Enfin, elles auraient pour origine la compression et le déplacement des pariétaux lors du passage de la tête durant l'accouchement, avec compression du sinus longitudinal supérieur et regurgitation du sang dans les vaisseaux périencéphaliques.

Ces hémorragies sont donc un accident de l'accouchement et non le résultat d'une dystocie fœtale. S. R.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 13 octobre 1890

Présidence de M. le Dr MICHEL DANSAC.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté. La correspondance imprimée comprend : la *Revue illustrée de Polytechnique médicale*, le *Poitou médical*, les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*: un travail sur l'*Action thérapeutique de Salies-de-Béarn*, contre l'*évolution chronique des maladies* et *leurs complications microbiennes*, par le Dr Raymond Petit ; le *Bulletin des travaux de la Société de médecine de Paris* pour l'année 1889 ; la *Gazette de Gynécologie*.

M. LE PRÉSIDENT fait part à la Société de la mort d'un de ses membres, M. le Dr Deligny, de Saint-Gervais, médecin d'eaux très distingué, et exprime les regrets que cette perte prématurée cause à tous ses collègues.

M. SCHWARTZ fait une communication sur un **énorme sarcome du thorax avec ablation suivie de guérison.** Voir : p. 737.

M. TRIPET. — M. Schwartz croit-il qu'il s'agit réellement d'embolie dans la cause de la mort de son grand opéré ?

M. SCHWARTZ. — J'en ai la conviction, mais ce n'est qu'une conviction morale, attendu que je n'ai pu faire l'autopsie.

M. JULLIARD fait une communication sur la **décomposition du calomel mis en présence de sucre de canne (saccharose),**

En parcourant, dit-il, ces jours derniers un traité de chimie pharmaceutique, par Alfred Gilkinet, professeur à l'Université de Liège, et membre de l'Académie royale des sciences de Belgique, mon attention a été mise en éveil par la lecture d'un alinéa relatif aux propriétés du calomel. J'avais précisément à faire un mélange de calomel et de saccharose, et tout en l'exécutant je relisais cet article, où il est dit que différentes substances organiques, entre autres le sucre de canne décomposent le calomel, surtout en présence de petites quantités d'humidité et dans un air renfermant de l'ammoniaque, du carbonate d'ammoniaque ou de l'oxygène ozonisé. L'auteur ajoute que les expériences de Hager, Schaer, Jolly, Slop, etc., ont mis ce fait hors de doute, d'où il résulte que l'on doit éviter d'associer le calomel au sucre dans

Digitized by Google

les préparations de médicaments destinés à être conservés pendant longtemps.

Les pastilles au calomel doivent être surtout rejetées.

Telle est l'opinion admise en Belgique. Telle n'est pas celle qui domine en France.

Il est vrai, en effet, que la plus grande partie des médecins associent le calomel, non avec le sucre de canne, mais avec le lactose (sucre de lait). Mais, comme le Codex français a précisément inscrit une formule de pastilles au calomel avec du sucre de canne, il serait à désirer que la Commission permanente de le revision du Codex voulût bien examiner la valeur de l'assertion des savants cités plus haut, ainsi que celle du professeur Gilkinet afin de demander, s'il y a lieu, la suppression de cette formule dans la prochaine édition du Codex.

Je dois ajouter que mes tablettes de calomel préparées depuis assez longtemps n'ont jamais présenté la moindre trace de réduction du sel.

M. Tripet. — Si cette réduction du sel mercureux arrivait comme on le dit, nous devrions souvent observer des accidents chez les enfants auxquels on prescrit si fréquemment le calomel.

M. Julliard — Cette réduction est à craindre surtout quand il s'agit d'une administration répétée et prolongée.

La séance est levée.

Le Secrétaire,
E. Potherat.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 novembre 1890.

Présidence de M. le Dr Nicaise

Hysterectomie et traitement du pédicule. — M. Richelot après avoir montré que l'emploi de l'électricité et même la castration ovarienne sont quelquefois impuissants à supprimer les métrorrhagies et n'ont que peu d action sur la régression des tumeurs, rapporte plusieurs observations dans lesquelles l'extirpation totale de la tumeur lui a parfaitement réussi. M. Richelot pratique l'hysterectomie par la voie abdominale, pose une ligature élastique autour du pédicule de la tumeur, surtout quand celui-ci est volumineux, et après avoir complété l'opération, réduit le pédicule dans la cavité abdominale qu'il referme ensuite. La ligature élastique s'enkyste dans l'abdomen ou est expulsée par la cavité utérine ; en aucun cas elle n'a été une cause de complication. M. Richelot considère cette opération comme peu grave et compare sa bénignité à celle de l'ovariotomie.

M. Bouilly pense que le traitement externe du pédicule, c'est-à-dire, sa fixation à l'extérieur dans la plaie abdominale, ne doit pas être abandonné, il donne d'heureux résultats, sans exposer à l'infection du péritoine par l'issue possible des sécrétions utérines ou autres dans cette séreuse. On a reproché à cette méthode la cicatrisation lente du pedicule. M. Bouilly en soupoudre la surface et les bords avec un mélange de poudre d'iodoforme et de tannin, de maniere à former une escharre épaisse, en général elle tombe vers le 22e jour.

M. Pozzi. — L'hystérectomie abdominale, au point de vue de ses difficultés et de ses résultats, ne peut être comparée à l'ovariotomie c'est une opération beaucoup plus complexe, très variable suivant les cas. Lorsque le pédicule du corps fibreux n'est pas hemorrhagique, ne contient pas de gros vaisseaux, son traitement intra-peritonéal est recommandable ; il en est ainsi pour les fibromes sous-péritonéaux et interstitiels que l'on peut énucléer facilement. Dans le cas contraire, lorsque le fibrome présente un large pédicule, il est préférable de le fixer en dehors du péritoine ; l'opération est alors toujours grave.

M. Terrier. — Lorsque l'on suppose le pédicule infecté, lorsqu'il existe une métrite par exemple, il est prudent de le fixer hors de la cavité péritonéale avec une ligature élastique. Deux fois il a pratiqué l'hystérectomie en réduisant le pédicule avec une ligature élastique perdue dans l'abdomen, l'une des malades a guéri, l'autre est morte de septicémie. Il considère l'hysterectomie comme une opération beaucoup plus grave que l'ovariotomie.

Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu. Laparotomie, guérison. — M. Fontan (de Toulon), communique une observation de plaie pénétrante de l abdomen par balle de revolver, pour laquelle il est intervenu 66 heures après l'accident. Le malade présentait alors les signes d'une péritonite aiguë au début ; après l'ouverture de l'abdomen, il s'écoula un liquide noirâtre, mêlé de matières fécales. M. Fontan constata une perforation du colon ascendant qu'il sutura, mais ne peut retrouver le projectile. Les suites de cette opération furent d'abord favorables, mais vers le 15e jour, des hemorrhagies graves eurent lieu par un anus artificiel qui s'était établi au niveau de la perforation. M. Fontan lie l'artère circonflexe iliaque qui était ulcérée, et fut assez heureux pour retirer la balle fixée dans l'os iliaque. Le blessé est aujourd'hui guéri, mais conserve un anus iliaque. H. M.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 novembre 1890

Présidence de M. le Dr Dumontpallier

Phlegmon infectieux du pharynx et du larynx. — M Merklen. On sait que cette affection sur laquelle Sénator, Goix et quelques auteurs ont appelé récemment l'attention, est caractérisée par l'inflammation du tissu cellulaire qui sépare le pharynx du larynx : elle est heureusement rare, car elle emprunte à son siège une gravité toute spéciale. M. Merklen en rapporte deux observations personnelles.

Un homme de 46 ans, malade depuis cinq jours, entre le 5 mars dans son service à l'Hôpital Saint Antoine. Il est en proie à une dyspnée intense avec cornage laryngé, l'air pénètre à peine dans la poitrine, la face est vultueuse, le cou gonflé, la fièvre vive, marque 40°. La deglutition est impossible, les liquides ne peuvent franchir le pharynx. Le fond de la gorge est rouge ; le doigt, introduit profondément dans la bouche, fait reconnaître un gonflement œdémateux de toute la partie supérieure du larynx. La question de la trachéotomie fut posée, mais, comme ce malade commençait à cracher du pus, on espéra que l'abcès se viderait de la sorte. Des sangsues furent appliquées sur le cou, et l'on soutint les forces du patient à l'aide de lavements alimentaires, car il ne pouvait rien avaler. 24 heures après son entrée dans le service, il mourut subitement, sans que l'état local ou général se soit amélioré. L'autopsie n'a pu être faite.

Une cuisinière, après un refroidissement, est atteinte d'une angine légère, qui ne tarde pas à se compliquer d'accidents graves. A son entrée dans le service de M. Merklen on constate tous les signes d'un œdème aigu de la glotte. La trachéotomie est pratiquée d'urgence. La dyspnée cède, mais la dysphagie persiste, la malade ne peut rien avaler. Il existe de plus de la bronchite des grosses bronches. La malade meurt dans la soirée par les progrès de l'asphyxie. A l'autopsie, on constate

Digitized by Google

un œdème de la glotte, un abcès du tissu-cellulaire retro-laryngien, et une infiltration purulente des replis aryteno et glosso-épiglottiques.

Le phlegmon retro-laryngien est donc une affection grave, qui se termine presque toujours par la mort. Il débute en général par un simple mal de gorge, puis le malade ne tarde pas à présenter de la rancité de la voix, une dyspnée laryngée de plus en plus vive avec cornage, des accès de suffocation. On porte alors le diagnostic incomplet d'œodème aigu du larynx. D'autres symptômes attirent également l'attention vers la partie supérieure du tube digestif. C'est ainsi que la déglutition est de plus en plus pénible, jusqu'à ce que la dysphagie soit absolue. Le cou paraît augmenté de volume par la tuméfaction des ganglions cervicaux. Le doigt introduit dans le pharynx révèle l'empâtement qui occupe toutes les parties postérieure et latérale du larynx, et l'œodème de la glotte. L'examen laryngoscopique fort difficile à pratiquer, fait voir le gonflement de ces tissus de toute la partie supérieure du larynx.

Les phénomènes généraux montrent la gravité de la situation. La fièvre est vive, la température oscille de 39° à 40°; les urines sont chargées d'albumine, la rate hypertrophiée, le poumon présente de la congestion et même des points de bronchopneumonie. Enfin le malade est en proie à un délire plus ou moins agité. La trachéotomie, qui est devenue nécessaire, permet le passage de l'air au-dessous de l'obstacle, mais ne supprime pas les phénomènes généraux graves. La mort survient par syncope ou asphyxie lente vers le cinquième jour.

A l'autopsie, on trouve une infiltration purulente du tissu cellulaire retro-laryngien, des replis glosso et aryteno-épiglottiques. De cette tuméfaction générale, il résulte que les gouttières du larynx sont supprimées, l'œsophage comprimé, la glotte fermée. La déglutition et la respiration sont devenues impossibles, d'où le danger de cette maladie. D'autres lésions, d'ailleurs, montrent bien son caractère infectieux. Telles sont la néphrite parenchymateuse, l'hypertrophie de la rate, la congestion et les nodules d'hépatisation grise que l'on rencontre dans les poumons.

Le phlegmon retro-laryngien peut être confondu avec la laryngite érysipélateuse, avec le croup d'emblée; l'expulsion de fausses membranes dans ce dernier cas permettra toutefois de faire le diagnostic. La laryngite érysipélateuse est, au contraire, beaucoup plus difficile à reconnaître au début, peut-être même existe-t-il un certain rapport entre ces deux affections. Les commémoratifs, la marche de la maladie seront d'un puissant secours pour établir la diagnose.

Les traitements employés ont été jusqu'ici inefficaces. La trachéotomie prolonge l'existence, mais ne sauve pas le malade. On soutiendra les forces du malade, on activera la sécrétion rénale par la voie rectale, de façon à combattre l'infection générale et favoriser l'élimination du pus.

M. Gouguenheim. — M. Josserand (de Lyon) a publié dernièrement un mémoire sur ce sujet. Des deux malades dont il rapporte l'histoire, l'un est mort par asphxie et pneumonie, l'autre a guéri grâce à une vomique du pus retro-laryngien. Mais il eut une pneumonie lobaire grave. Dans le pus, on retrouva le microbe encapsulé de Frankel. Ces deux cas montrent bien la nature infectieuse de la maladie. (Voir : *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 15 *octobre* 1890.

M. Netter. — Dans deux cas analogues : abcès rétro laryngé, compliqué de pleurésie purulente, M. Netter a trouvé le streptocoque de Frankel. L'un de ces malades à guéri, l'autre a succombé. Il considère cette affection comme de nature infectieuse.

Cancer latent de l'estomac. — M. Siredey présente une pièce anatomique provenant d'une femme qui, au moment de son entrée à l'hôpital Laennec, en septembre, ne présentait aucun symptôme que l'on pûtsse rapprocher à ceux du cancer de l'estomac. L'appétit était parfaitement conservé, les digestions faciles, l'état général satisfaisant. En un mot, elle n'offrait rien de suspect, mais seulement des troubles dûs à l'alcoolisme. Cependant on sentait dans la région épigastrique une tumeur volumineuse, arrondie, non douloureuse, qui paraissait développée sur l'estomac. Le régime lacté fut institué. Dans les premiers jours d'octobre cette femme fut atteinte de vomissements incoercibles, non sanguinolents, et commença à maigrir. Quand elle pouvait conserver les aliments, les digestions étaient normales. Elle mourut le 28 octobre. A l'autopsie on trouva une volumineuse tumeur cancéreuse non ulcérée, s'étendant du pylore jusqu'aux deux tiers de la grande courbure. Le pylore, très rétréci, était infranchissable même avec une sonde canelée. L'intégrité des digestions, l'apparition tardive des symptômes graves s'expliquent aisément par le siège de la tumeur.

M. Moutard-Martin a noté plusieurs fois que chez les malades atteints de cancer de l'estomac il suffisait de pereuter légèrement la région épigastrique pour constater des contractions péristaltiques de cet organe. Il est heureux de constater que ce signe existait également chez le malade de M. Siredey.

M. Hayem a observé ce signe chez un homme non cancéreux, mais atteint de dilatation mécanique de l'estomac par obstacle du côté du duodenum. On constaterait ce signe, dit-il, toutes les fois que l'estomac dilaté a conservé son excitabilité et que la paroi abdominale est suffisamment amaigrie.

M. Dieulafoy présente un gendarme atteint depuis deux ans de tic spasmodique de la luette, du voile du palais et des piliers. Les battements sont isochrones à ceux du cœur, mais il n'existe pas d'anévrysme, ni aucune autre affection nerveuse.

Dr H. Marcigny.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 *novembre* 1890

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

M. Abadie lit un mémoire sur le traitement de l'**Ophthalmie sympathique**. Il rappelle que le seul traitement connu était l'énucléation de l'œil blessé. Cette opération était souvent suivie d'insuccès et la cécité se produisait malgré les efforts du médecin. M. Abadie propose le traitement suivant : Lorsque, à la suite de la blessure d'un œil, il se produit de l'ophthalmie sympathique, on cautérise, avec le galvano-cautère, les bords de la plaie et on injecte, dans l'œil blessé, une goutte de solution de sublimé au 1000e. D'après M Abadie, ce traitement est toujours suivi de succès.

M. Laborde lit le rapport sur le prix Pourat.

M. Gariel lit le rapport sur le prix Buignet

De la dépopulation de la France. — M. Brouardel affirme que, tous les ans, 30,000 Français meurent de maladies qu'on peut éviter. Si l'Académie le veut bien, on pourra obtenir des pouvoirs publics les mesures nécessaires pour éviter ces décès. Les maladies évitables sont la variole et la fièvre typhoïde. M. Brouardel, au sujet de la première, cite ce qui s'est passé en Allemagne. En 1888, il n'y a eu, dans ce pays, que 110 décès par variole. En France, la mortalité par variole est de 43 pour 100,000 ; en Allemagne, elle est de 0,5 pour 100,000 ; à Londres, de 0,2 ; à Moscou, de 3.

En France, nous avons 14,000 décès par variole chaque année ; Blois a 0 décès, Paris 11, Le Havre 61, Beziers 151, Marseille 161, Douarnenez 1,931 pour 100,000 habitants.

On peut, par des moyens prophylactiques, diminuer la mortalité par fièvre typhoïde. Il y a environ chaque année 23,000 décès par cette maladie. Les quatre cinquièmes des malades meurent avant trente ans. L'encombrement, la misère ne créent pas la maladie L'eau est le distributeur de la fièvre

Digitized by Google

typhoïde dans 99 0/0 des cas. A Vienne, où 90 0/0 des maisons est fournie d'eau de source, la fièvre typhoïde a considérablement diminué. En 1887, il n'y a eu que 8 décès pour 100,000 et, en 1888, 10. L'influence de l'eau dans le développement de la fièvre typhoïde est encore prouvée par les épidémies observées à Pierrefonds, Chaumont et Angoulême.

Nous pouvons donc, par la vaccination et la revaccination obligatoires et par des mesures appropriées, diminuer, dans des proportions énormes, les décès par variole et fièvre typhoïde.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

En reproduisant sous cette rubrique, des extraits de la presse médicale, le **Journal des Praticiens** *a pour but de renseigner impartialement ses lecteurs. Il réserve donc formellement la liberté de ses appréciations et l'indépendance de sa critique.* N.D.R.

La réforme de l'enseignement médical.

On lit dans le dernier numéro du *Progrès médical* (8 novembre 1890) :

« ... Le Conseil municipal et l'Assistance publique disposent d'un *personnel enseignant* considérable et d'une valeur indiscutable. Ils disposent de nombreux établissements où sont reçus des malades de toute catégorie. »

Après avoir rappelé que les hôpitaux renferment presque tous des *amphithéâtres de cours*, des *bibliothèques médicales*, et quelques-uns des *laboratoires* et des *musées*, M. Bourneville, signataire de cet article, ajoute en conclusion :

« Ce que nous avons voulu, c'est montrer une fois de plus que le Conseil municipal et l'assistance publique, le jour où ils le voudront, peuvent créer un grand enseignement qui rendrait des services d'une importance indiscutable à la science et aux malades. La société tout entière en tirerait profit, car elle aurait à sa disposition des médecins beaucoup plus instruits et expérimentés qu'ils ne peuvent l'être maintenant, en raison du petit nombre des cliniques officielles.

« La thèse que nous soutenons n'est pas nouvelle. Nous avons eu dans cette voie des précurseurs. Parmi eux, et en tête, nous placerons notre vénéré maître, M. Delasiauve qui, dès 1858, a mis en relief, dans des articles remarquables, publiés par le journal le *Siècle*, les richesses qu'offraient les hopitaux de Paris et leur personnel pour l'enseignement clinique. Pendant longtemps, nous avions été à peu près le seul à réclamer l'accomplissement de cette réforme. Dans ces derniers temps, notre ami, le docteur Huchard, directeur de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, est venu apporter à notre thèse l'appui de son autorité et de son talent. Nous soumettons, de nouveau, la question au Conseil municipal. Après avoir organisé l'enseignement primaire, l'enseignement professionnel, créé de nombreux établissements d'enseignement secondaire, fondé plusieurs chaires d'enseignement supérieur, il lui reste à poursuivre son œuvre, en instituant l'ENSEIGNEMENT MUNICIPAL DE LA MÉDECINE. En le faisant, il rendra de nouveaux services et contribuera à la renommée scientifique de la grande cité qu'il représente. »

Mon excellent ami le docteur Bourneville m'apprend qu'il y a trente-deux ans — plus d'un quart de siècle ! — M. Delasiauve a soutenu la thèse qu'aujourd'hui nous défendons avec lui. Or, depuis cette époque, qu'a-t-on fait pour organiser l'enseignement médical des hôpitaux ? Rien, absolument rien. Les chevaliers servants de la routine ont habilement lutté pour leur existence en organisant... la conspiration du silence, et aujourd'hui ils nous menacent, paraît-il, de foudres... académiques. M. Bourneville, à l'initiative duquel il faut rendre hommage, démontre qu'il est possible « à peu de frais, de doter l'*Enseignement municipal de la médecine*, de tout l'outillage dont il a besoin. » Alors, il n'y a pas d'obstacles matériels ? Mais, mon courageux collègue et ami sait bien que nos efforts viennent trop souvent se briser contre d'autres obstacles..., il n'ignore pas plus que nous, que les obstacles ne viennent pas des choses, mais des hommes.

La parole est maintenant au Conseil municipal de Paris, qui saura certainement accomplir tous ses devoirs, et dont l'indifférence en matière d'enseignement dans ses hôpitaux, pourrait être considérée comme un acte d'abdication.

H. H.

INFORMATIONS

FRANCE

PARIS. — **Congrès français de chirurgie.** — Le Comité permanent de ce Congrès a mis à l'ordre du jour de la quatrième session les questions suivantes :

1° *Intervention chirurgicale dans les affections des centres nerveux* (la trépanation primitive du crâne exceptée) ;

2° *Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus* dans les affections non néoplasiques de ces organes ;

3° *Des diverses espèces de suppuration* au point de vue bactériologique et clinique.

Le congrès s'ouvrira à Paris, sous la présidence de M. le Dr Guyon, en avril prochain (semaine de Pâques).

Le projet de loi sur l'exercice de la pharmacie. — C'est M. César Duval qui vient de rédiger le rapport sur les propositions Lockroy et Ricard et de le déposer sur le bureau de la Chambre des députés. Voici quelques-unes des dispositions qui doivent, pense-t-on, modifier heureusement les conditions de l'exercice de la pharmacie.

Art. 2. — Suppression des pharmaciens de 2e classe et unification du diplôme des pharmaciens.

Art. 10. — Interdiction de l'exercice simultanée de la médecine et de la pharmacie et prohibition de toute entente entre médecin et pharmacien dans le but de vendre un médicament.

Art. 11. — Autorisation pour les médecins situés dans une commune éloignée de 4 kilomètres d'une pharmacie, de tenir des médicaments, mais en se conformant aux obligations imposées aux pharmaciens, sauf la patente.

Art. 12. — Liberté de vendre toute substance simple ou composé, demandée par un acheteur mais en indiquant sur une étiquette le nom de la substance ou des substances actives. Cette disposition ne s'applique pas aux préparations délivrées sur ordonnances ou inscrites dans le Codex. De plus on ne pourra livrer au public aucun médicament simple ou composé dont la formule exacte n'aura pas été déposée à l'Académie de médecine.

Art. 13. — Les substances vénéneuses ne pourront être délivrées que sur ordonnance.

Art. 5. — Suppression du diplôme d'herboriste. Liberté de vendre certains médicaments simples.

Art. 6. — Création d'un corps d'inspecteurs de la pharmacie.

Art. 7. — Obligation pour les sociétés de secours mutuels, les communautés et établissements de bienfaisance de posséder un pharmacien à la tête de leur pharmacie.

Art. 29 et 24. — Pénalités contre l'exercice illégale ou les infractions à la présente loi.

Digitized by Google

L'ouverture du dépôt mortuaire du Nord. — Le dépôt mortuaire du cimetière Montmartre fonctionne depuis samedi dernier. Il se trouve à l'extrémité du cimetière, à l'angle du pont Caulaincourt, dans les bureaux qui servirent à l'agence des travaux lors de la transformation du cimetière.

Sa forme est rectangulaire; la porte d'entrée des corps fait face au cimetière. De chaque côté, trois salles, chacune de 3 m 50 de long sur 2 m. 37 de large, coupées par un corridor de circulation. A droite, trois chambres mortuaires; à gauche, deux seulement, celle du milieu servant de salle d'exposition.

Au centre du corridor, une cheminée de ventilation aérant les chambres et le couloir; elle est entourée d'une couronne de gaz éclairant le bâtiment entier; il y aura de la lumière toute la nuit. Le sol est carrelé en céramique; à l'angle de chaque chambre, une gargouille répand l'eau à volonté.

Le mobilier du dépôt mortuaire comprend cinq lits de camp, un par chambre; cinq sièges pour les parents qui voudront veiller leur mort; cinq poêles; une voiture-brancard pour aller prendre les morts à domicile, et un appareil-hamac pour transporter le corps sur le lit de camp. Il y aura un gardien en permanence au Dépôt. Il recevra à titre d'indemnité deux francs pour la garde du jour et cinq francs pour la garde de nuit.

Amiens. — **Société médicale.** — *Concours pour les prix de l'année* 1891-1892. — La Société met au concours les questions suivantes:

Pour l'année 1891: De l'hydrocèle et de son traitement.

Pour l'année 1892: De l'intervention ou non intervention chirurgicale dans le testicule tuberculeux.

Les mémoires devront être adressés dans les formes académiques au secrétaire de la Société avant le 1er avril de l'année indiquée pour le prix.

ÉTRANGER

Angleterre — **Congrès de l'Association médicale britannique.** — La réunion de 1891 aura lieu le 31 juillet à Bournemouth.

Italie. — **Le congrès italien de pédiatrie.** — Dans ce congrès, qui s'est tenu à Rome, il y a quinze jours, on a discuté les questions suivantes: M. Russo: La diphtérie laryngée. — M Guelmi (de Pavie): De la syphilis infantile contractée pendant la grossesse; — M. Fede (de Naples): L'anémie infectieuse sphénique; — MM. Bœth, Delli et Félici: De l'emploi des eaux minérales en pédiatrie.

La policlinique de Rome. — Sur la façade municipale on a décidé de placer un bas relief représentant: Morgagni faisant une leçon dans son amphithéâtre d'anatomie pathologique. Sur la façade de la section chirurgicale un autre bas relief représentera Lister, l'inventeur de la chirurgie antiseptique.

La loi sur la police des cimetières. — Elaborée par le Conseil supérieur de santé, cette loi prescrit que tout cimetière sera distant de deux cents mètres de toute habitation, et que ses dimensions seront telles que tous les dix ans seulement on pratiquera des inhumations sur le terrain précédemment occupé.

Une chambre mortuaire à parois de marbre ou d'ardoises y sera construite, ainsi qu'une salle d'autopsie, l'une et l'autre étant faciles à désinfecter. De plus, les ossuaires devront être souterrains. Toutes ces dispositions devront être réalisées d'ici à la fin de l'année 1892.

Indes. — **Les débits d'opium et de haschish aux Indes.** — D'après une statistique récente du gouvernement, les débits autorisés pour la vente de l'opium, du ganja (feuille de cannabisindica), du chang (extrait de chanvre indien), et du chams (autre produit du même végétal) sont au nombre de 20,424. Dans la Birmanie anglaise, on en compte 1,067. En dehors de ces débits paternellement autorisés par le gouvernement, il faut admettre que la vente clandestine des mêmes produits se fait sur une grande échelle.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Nominations dans le corps de santé militaire (Activité). — *Au grade de médecin-major de 2e classe*: MM. les aides-majors de 1re classe Prost-Maréchal et Amiet.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe: Les médecins aides-majors de 2e classe Vincent, Licht, Bassères, Viéron, Bardot, Auglas, Guibbaud, Faucillon, Watrin, Barbot, Gary, Piedpremier, Delaborde, Lenez, Mendès-Bonito, Lambard, Barthélemy, Cuche, Fosse, Lansac, Gaillard, Armynot du Chatelet, Vitoux, Danjou, Lejeune, De Vernejoul, Provendier, Salis, Ravoux, Esprit, Senesse, Gilles, Deumie, Sicard, Millière, Habert, Dumont, Michel, Gauillard, Cavalier-Beneze, Pascal, Cambours-Mouflet, Lœuillet, Louis, Dubar, Guillaume,

(Armée territoriale). — *Au grade de médecin aide-major de 2e classe*: M. le Dr E. Lévy.

Nominations dans le corps de santé de la marine. — *Au grade de médecin de 2e classe*: M. Lafosse.

L'Ecole du service de santé de la marine à Bordeaux. — L'installation provisoire de cette école dans l'ancien Asile des aliénés, cours Saint-Jean, vient de se terminer.

L'entrée principale a été conservée sur le cours Saint-Jean. Après avoir traversé la cour d'honneur, sur laquelle s'ouvre, à droite, l'entrée affectée aux élèves, et on pénètre dans le bâtiment de face, dans lequel sont installés, au rez-de-chaussée, les bureaux de l'Administration, le parloir, les cuisines et des dépendances. — Au premier étage sont les logements du directeur et du sous-directeur.

En traversant ce principal corps de logis, on pénètre dans la cour de l'Administration, entourée de bâtiments où on remarque, à gauche, au rez-de-chaussée, le réfectoire parfaitement aménagé, avec de larges tables de marbre; au premier étage, les logements des officiers de service; à droite, court un long bâtiment sans étage, où sont installés des magasins.

Au fond de la cour de l'Administration, sont situées les salles d'escrime et de jeu; l'ancienne chapelle servant de salle de récréation; la lingerie, la bibliothèque, le logement du vaguemestre. Au-dessus, sont des appartements d'officiers.

Plus au fond, deux vastes cours, ombragées de grands arbres, sont affectées aux élèves. De vieilles constructions, comme les autres immeubles qui séparent ces deux cours, contiennent huit salles d'étude, quatre salles de répétition, une infirmerie et des dortoirs.

NÉCROLOGIE

En France: MM. les Drs Verne (de Marseille); B. H. Théus (de Draguignan).

En Alsace-Lorraine: M. le Dr Hergott (de Guebwiller).

En Autriche: M. le Dr Prœtorius, rédacteur en chef du *Medicinische Chirurgisches Centralblatt.*

En Espagne: M. le Dr Montero Rivo, recteur honoraire des Universités de Santiago et de la Havane.

En Roumanie: M. le Dr Turnescu (ancien professeur de la Faculté de médecine de Buckarest).

Le Directeur-gérant: Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE N° 47 19 NOVEMBRE 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, CHAPUT, DEMELIN, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

AVIS. — L'Administration de la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique* (*Journal des Praticiens*), accepte dès à présent les abonnements partant du 1er janvier 1891 et les servira à dater du jour où les souscriptions des nouveaux abonnés lui parviendront.

THERAPEUTIQUE MÉDICALE

Le remède de Koch et les vaccinations contre la tuberculose

I

Il faudrait un défaut de mémoire pour oublier l'émotion profonde que la découverte du bacille de la tuberculose causa en 1882. L'allemand Koch confirmait alors, en les complètant, les mémorables travaux du français Villemin.

Aujourd'hui, dans les pays de langue allemande, même émotion, égal enthousiasme. Inspiré par les méthodes de l'Ecole française, le même savant annonce une autre découverte : « le remède de Koch contre la tuberculose. »

En 1882 l'émotion des médecins s'expliquait : à une pathogénie nouvelle, il fallait une thérapeutique nouvelle.

Il y eut de grands espoirs : on escompta un peu volontiers les vertus curatives des agents parasiticides. Il y eut aussi de nombreuses déceptions. C'est alors que les chercheurs se dirigèrent résolument dans une autre voie.

En France, ils s'orientèrent franchement vers les vaccinations par les virus atténués et la méthode pastorienne.

Le succès des vaccinations antirabiques était un encouragement ; de là ce pli cacheté, le premier en date, que MM. Martin et Grancher remettaient le 19 octobre 1889 à l'Académie des Sciences sur la *vaccination contre la tuberculose expérimentale* et les notes récentes que MM. Héricourt, Richet et divers expérimentateurs ont adressées à la Société de biologie.

En Allemagne, Robert Koch s'engageait dans un chemin un peu différent. Son discours au Congrès de médecine de Berlin le faisait penser. On en trouve maintenant la preuve dans ses *nouvelles communications sur un traitement de la tuberculose* qu'il vient de publier dans la *Deutsche Medicinische Wochenschrift* du 13 novembre dernier.

On ignore la composition exacte de son remède. Au reste, on ne connaît guère mieux celle des lymphes vaccinales antituberculeuses de ses émules. Provisoirement, ce sont des remèdes secrets ; mais à côté de ces inconnus, il y a des faits.

Ces faits, il faut essayer de les dégager. Leur connaissance est d'utilité pratique. Cela suffit. Retenons-les donc ; et réservons notre jugement. Quant il s'agit de tels travaux et de savants de haute valeur, cette réserve peut passer pour un excès de prudence. Soit ! En tout cas, on ne doit pas la considérer comme de l'hostilité.

II

L'origine et la nature du remède de Koch sont secrets. Inutile d'insister. D'ailleurs, le jour est prochain où, de l'aveu de l'inventeur, on les connaîtra.

Quelles en sont les propriétés physico-chimiques?

C'est un liquide clair, brunâtre, miscible à l'eau, de conservation relativement facile, excepté à l'état de dilution aqueuse.

« Avant de l'employer, il faut le diluer avec de l'eau distillée. Ces solutions s'altèrent par le développement rapide des bactéries. Pour en assurer la conservation, il faut les stériliser par la chaleur, les placer dans un flacon bouché d'un tampon d'ouate ou les préparer avec l'eau phéniquée à cinq pour cent. Malgré ces précautions, les solutions anciennes s'altèrent encore et il faut leur préférer celles qui sont récentes. »

Pour l'usage thérapeutique on les titre au centième : un centimètre cube contenant un millimètre cube du « remède pur ».

L'administration par la voie stomacale ne donne point d'effet.

« Pour obtenir une action précise on doit employer *la méthode des injections sous-cutanées.* A cet effet, nous nous sommes servis exclusivement, dit-il, dans nos expériences, de la seringue à petit ballon en gomme. Elle n'a pas de piston et se maintient facilement aseptique en la lavant dans de l'alcool pur. C'est ainsi que nous avons pu faire plus de mille injections sans observer un seul abcès.

» Nous avons choisi comme point d'application, la peau du dos, entre les omoplates et la région lombaire, parce que, dans ces régions, l'injection produit le moins de réactions locales et se fait sans douleur. »

Quels en sont les effets physiologiques ? Ils diffèrent chez l'homme et chez les animaux (cobayes), chez l'homme malade et chez l'homme sain : ce qui prouve une fois de plus « le danger de conclure sans autre » forme de procès, des effets obtenus chez l'animal aux » effets qui se produisent chez l'homme. »

« Le *cobaye* est moins sensible au remède que l'homme sain. On peut faire au premier, une injection sous-cutanée de 2 centièmes de centimètre cube, et même plus, de la liqueur non étendue, sans qu'il en soit incommodé. Au contraire, chez un homme adulte et sain, 0,25 centièmes de centimètre cube suffi-

Digitized by Google

sent pour produire un effet intense. En prenant pour mesure le poids du corps, on voit que 1/1500 de la quantité qui ne produit pas d'effet sur le cobaye, en produit un grand sur l'homme ».

Sur l'*homme sain* et *adulte*. — M. Koch a expérimenté sur lui-même; — une injection de 25 centièmes de centimètre cube provoque les phénomènes suivants : trois à quatre heures après l'injection, tiraillements dans les membres, faiblesse, toux, dyspnée; ces symptômes augmentent rapidement; à la cinquième heure, frissons intenses durant presque une heure; en même temps, nausées, vomissements, élévation de la température jusqu'à 39° 6 ; après douze heures ces symptômes s'atténuent, la température baisse, et, le jour suivant, elle redevient normale. La lourdeur dans les jambes et la faiblesse persistent encore quelques jours; au niveau de l'injection, la peau est restée douloureuse et rouge.

Pour obtenir ces effets sur l'*homme sain*, cette dose minima est suffisante. Il en est de même sur les malades atteints d'affections *autres* que la tuberculose.

Avec cette dose, la réaction, comme on le verra plus loin, est beaucoup plus vive sur l'*homme tuberculeux*.

» *Le plus remarquable des effets du remède est son action spécifique contre les processus tuberculeux, de toute espèce.*

» *Dès que l'on injecte à un homme tuberculeux un centigramme du liquide, on obtient une réaction énergique, tant générale que locale.*

» Avec un dixième de la dose chez des enfants de trois à cinq ans, et même avec un vingtième sur des enfants debiles, on obtient une réaction intense, mais sans danger pour les petits malades.

» La *réaction générale* débute par un accès fébrile, avec frissons, élévation thermique à 39, 40 et même 41 degrés; douleurs dans les membres, toux, nausées et vomissements, dans quelques cas, ictère léger et, dans d'autres, éruptions cutanées sur le cou et la poitrine.

» Commençant quatre ou cinq heures après l'injection, l'accès dure douze à quinze heures. Par exception, s'il est plus tardif, il est aussi moins intense Après lui, les malades ne sont pas affaiblis et se sentent relativement mieux.

» *La réaction locale* s'observe plus aisément chez les malades dont l'affection tuberculeuse est visible; par exemple, sur les lupeux. Quelques heures après une injection dans la région dorsale, c'est-à-dire dans un point éloigné des parties malades, l'action spécifique se traduit par le gonflement et la coloration rouge des surfaces lupeuses. Ce phénomène précède la fièvre. Celle-ci peut être grande. Le tissu lupeux rougit, brunit, se nécrose et quand le foyer est nettement limité, la surface rouge s'entoure d'une zône blanchâtre d'un centimètre de largeur, circonscrite elle-même par une autre zône rougeâtre.

» La fièvre diminue, ainsi que le gonflement, dans l'espace de deux ou trois jours. Puis les foyers lupeux se couvrent de croûtes par la dessication d'un suintement séreux; ces croûtes sèchent, les eschares tombent. Après deux ou trois jours et une seule injection, il reste alors une cicatrice unie et rouge. Plusieurs injection sont nécessaires pour obtenir la guérison totale.

» Il est très important de faire remarquer que ces modifications sont limitées aux parties de la peau atteintes de lupus. Les nodosités les moins visibles et qui sont cachées dans le tissu cicatriciel, sont elles-mêmes soumises aux processus et deviennent visibles par suite de l'enflure et du changement de couleur, tandis que le véritable tissu cicatriciel, dans lequel les nodosités du lupus ont complètement disparu, n'est pas altéré.

III

Dans la *tuberculose des glandes lymphatiques, des os et des articulations*, ces réactions locales sont moins apparentes. Elles n'en existent cependant pas moins et se traduisent, si les organes sont superficiels par la rougeur cutanée, et s'ils sont profonds, par la tuméfaction et l'endolorissement de la region.

Dans la *tuberculose des organes internes et des poumons*, par exemple, M. Koch accepte comme preuve d'une réaction locale, l'exagération de la toux et de l'expectoration après une première injection. Ces phénomènes réactionnels se produisent, dans tous les cas de processus tuberculeux, après une dose d'un centième de centigramme de remède. Voilà donc, pour l'avenir, ajoute-t-il, un *procédé de diagnostic* pour reconnaître la phtisie au début et les diverses affections tuberculeuses latentes.

Quel est le mode d'action du remède? M. Koch déclare « que ce médicament *ne tue pas les bacilles contenus dans les tissus malades, mais agit sur le tissu tuberculeux* », à preuve, ajoute-t-il, le gonflement et la rougeur des surfaces lupeuses. Ces phénomènes, ajoute-t-il encore, sont les indices « de changements considérables dans la circulation et la nutrition. »

« Ce remède modifie donc « le tissu dans lequel l'évolution bacillaire se produit, » mais n'agit point « sur les résidus nécrosiques : masses caséeuses, sequestres osseux, tissus mortifiés, dans lesquels des bacilles peuvent se trouver, et vivre, et d'où, si on ne les expulse pas au dehors, ils pénètrent dans les tissus circonvoisins.

Une intervention chirurgicale peut alors devenir le complément de la médication et hâter utilement l'élimination de ces tissus.

Si cette élimination doit être spontanée, la continuation des injections devient nécessaire pour prévénir l'invasion des bacilles dans les tissus vivants.

« Cette action spécifique du remède sur les tissus tuberculeux vivants, permet sans danger d'en injecter des *doses rapidement croissantes*. Cette tolérance est-elle un fait d'accoutumance? De prime abord on pourrait le croire, mais cette idée est en désaccord avec ce fait, que les doses employées ont pu, dans un laps de temps de trois semaines, être portées jusqu'à cinq cents fois la dose initiale. »

Une adaptation aussi rapide des malades à un médicament est un fait unique en physiologie et en thérapeutique expérimentale.

« Dans le lupus, on a injecté la dose de un centigramme, on a laissé passer la réaction et, après une ou deux semaines, on a fait une autre injection semblable. On a continué ainsi jusqu'à ce que la réaction soit devenue de plus en plus faible ; enfin on a cessé le traitement. Ainsi, chez deux malades atteints de lupus tuberculeux facial les surfaces malades se sont recouvertes de cicatrices lisses après trois ou quatre injections. Chez d'autres lupeux, l'amélioration a été progressive au fur et à mesure de la durée du traitement. Tous ces malades étaient atteints de lupus depuis longtemps et leur affection avait résisté à toutes les médications classiques. »

Même succès dans la *tuberculose des glandes lymphatiques, des os et des articulations*: c'est-à-dire amélioration rapide dans les cas légers et récents; amélioration lente dans les cas graves et anciens.

Les malades en puissance de *phtisie pulmonaire* seraient plus sensibles que les autres tuberculeux à l'action du remède. Un centimètre cube provoque chez eux des réactions excessives. Il faut donc débuter par la dose minima de deux et même un millimètre cube du liquide.

« De cette dose initiale on s'élève à celles que les autres tuberculeux supportent bien.

» En conséquence, les phtisiques recevaient d'abord une

Digitized by Google

première dose de 0,001. Si l'injection était suivie d'une élévation de température, la même dose était renouvelée quotidiennement jusqu'à absence absolue de réaction. Alors seulement, on donnait la dose de deux millimètres cubes et on la continuait jusqu'à cessation de la réaction. Puis, en augmentant ainsi chaque jour de un millimètre cube, on arrivait à des doses d'un centimètre cube et au-delà. »

Ce procédé convient pour le traitement des *phtisiques débiles* dont il faut ménager les forces et auxquels on veut éviter tout mouvement fébrile intense.

S'agissait-il de *phtisiques encore robustes?*

« Ils ont été traités par des doses immédiatement élevées ou rapidement croissantes, et l'effet thérapeutique s'est manifesté plus rapidement,

» En général, la toux et l'expectoration augmentaient d'abord. Après quelques jours elles devenaient moindres qu'à l'ordinaire, et dans les cas les plus favorables, cessaient complètement. En même temps les crachats, jusque-là purulents, devenaient muqueux.

» Le nombre des bacilles diminuait alors; ils disparaissaient complètement pour un moment, leur disparition ne devenant définitive que quand l'expectoration cessait.

» En même temps les sueurs nocturnes diminuaient ou cessaient; l'état général s'améliorait et le poids du corps augmentait. »

Ici M. Koch établit un pronostic différent suivant la période plus ou moins avancée de la phtisie et l'étendue des lésions pulmonaires.

« Les *phtisiques au début* ont vu, dit-il, tous les phénomènes morbides disparaître dans l'espace de quatre à six semaines en moyenne; ils paraissaient guéris.

» Les phtisiques, avec *cavernes de moyenne étendue*, étaient améliorés et à *peu près* guéris.

» Les phtisiques, *porteurs de cavernes, vastes et nombreuses*, accusaient une diminution des crachats et un amendement des sympômes subjectifs. Il n'y avait chez eux aucune amélioration subjective.

» Ici, encore, malgré des complications, telles que la pénétration de microbes divers dans les cavernes et les lésions anatomiques incurables des divers organes, ces malades sont dans la plupart des cas, améliorés... Le remède agit donc chez eux comme chez les autres contre le processus morbide originel, la tuberculose; ce qui leur manque, c'est la possibilité d'éliminer les tissus nécrosés. Involontairement, on est donc conduit à se demander si on ne serait pas encore utile à ces phtisiques en combinant l'emploi du nouveau traitement avec une intervention chirurgicale, — une sorte d'empyème, par exemple, — ou avec d'autres moyens curatifs. »

IV

Ajoutons que l'expérimentateur allemand ne fait point table rase des ressources de la thérapeutique traditionnelle: cure climatérique, hygiène, régime alimentaire... Il ne demande donc pas au médecin d'abdiquer, mais il estime que l'efficacité de « son remède » serait plus grande si on l'appliquait « dans des établissements » spéciaux où les malades seraient soumis à l'obser- » vation assidue et à des soins rationnels. »

La précocité du diagnostic et du traitement est donc la condition capitale du succès.

Enfin, déclaration dont l'importance n'échappera à personne, M. Koch formule cette conclusion: « Après » *ces expériences, je suis disposé à admettre qu'*UNE » PHTISIE COMMENÇANTE PEUT ÊTRE GUÉRIE D'UNE MA- » NIÈRE CERTAINE A L'AIDE DE CE REMÈDE. »

Voilà une « certitude » et une affirmation bien encourageantes. Sous la plume et dans la bouche d'un savant moins pondéré, on craindrait qu'elles ne fussent téméraires.

En résumé, ce « remède » détruit le tissu tuberculeux du lupus dans les os, les articulations et peut-être aussi dans le poumon, mais il ne tue point le bacille de la tuberculose.

Met-il à l'abri des récidives? Ces récidives survenant, en triompherait-il encore? Puis, après guérison, existerait-il, pour les tuberculeux, une immunité durable et comparable à celle que les autres maladies infectieuses confèrent à ceux qui en sont atteints?

Autant de questions sur lesquelles le savant allemand se réserve, prudemment, d'ailleurs, et dont le temps seul, — ce facteur expérimental dont les observateurs ne disposent point, — permettra, espérons-le, une solution, en établissant si les guérisons annoncées sont précaires ou bien si elles sont définitives.

CH. ELOY.

REVUE GÉNÉRALE

CHIRURGIE

Traitement des prolapsus du rectum.

Le traitement des prolapsus du rectum vient de faire l'objet d'un excellent travail, dû à notre distingué collègue et ami M. Lyot. L'auteur étudie non seulement les différents procédés à l'aide desquels les chirurgiens ont combattu autrefois et combattent aujourd'hui cette affection; mais il pose nettement les indications opératoires. Toute la thèse est écrite avec une grande méthode et une rare clarté d'esprit qui en rendent la lecture à la fois facile et profitable. L'occasion est bonne pour examiner en peu de mots la thérapeutique des prolapsus du rectum en nous plaçant essentiellement au point de vue pratique.

Sous le nom de prolapsus du rectum, on désigne, selon la définition de Cruveilhier, « les déplacements dans lesquels l'intestin rectum s'échappe par l'anus ». Ainsi envisagés, ils comprennent deux grandes classes: les prolapsus partiels ou muqueux, constitués par la chute de la muqueuse seule, et les prolapsus complets, anatomiquement caractérisés par la procidence de toutes les tuniques du rectum, péritoine compris (1). Cette seconde classe n'est, à proprement parler, qu'une variété d'intussusception intestinale, dans laquelle, il est vrai, le segment invaginé est formé au moins par une partie du rectum. Tantôt c'est ce dernier seul qui apparaît à l'anus; tantôt la partie voisine du colon descendant fait partie de l'anse prolabée, de telle sorte que la seconde classe des prolapsus complets comprend elle-même deux variétés: le prolapsus rectal proprement dit et le prolapsus mixte ou recto-colique.

Ces variétés anatomiquement et cliniquement distinctes, sont justiciables de traitements différents que

(1) Nous faisons abstraction, bien entendu, du prolapsus partiel du rectum dans le vagin. Cette affection, désignée sous le nom de rectocèle vaginale, n'entraîne, en général, aucun accident et passe souvent inaperçue. Quand elle provoque des inconvénients sérieux, on la traite avantageusement par la colporraphie postérieure.

Digitized by Google

nous allons envisager successivement pour les prolapsus muqueux et pour les prolapsus complets.

A. — Les prolapsus muqueux, qu'on observe de préférence dans le jeune âge, sont réductibles ou étranglés. Dans le premier cas, le devoir initial du chirurgien est de supprimer les causes (diarrhée, oxyures, polype, etc.) (1), qui provoquent ou entretiennent le déplacement. On devra ordonner un régime sévère, veiller à la régularité des selles, ne laisser l'enfant sur le vase que le temps nécessaire, ou même obtenir la défécation, le malade étant au lit, dans le décubitus latéral. On s'efforcera d'amener la rétraction cicatricielle de la muqueuse et son adhésion aux couches sous jacentes, ainsi que de stimuler les propriétés contractiles du sphincter. On satisfait à ces indications par l'emploi du cautère Paquelin. Voici le modus faciendi. Après chloroformisation ou après anesthésie locale avec une solution de cocaïne au dixième, qu'on évitera de faire pénétrer dans l'ampoule rectale, on pratique sur le bourrelet muqueux trois à quatre raies de feu et on réduit. Il est rare de ne pas obtenir une guérison radicale par ce moyen qu'on répétera deux ou trois fois, si une seule cautérisation était insuffisante. On maintiendra la constipation pendant quelques jours, puis, le huitième jour, on favorisera le retour des selles par un purgatif.

L'étranglement, dans les prolapsus muqueux, comporte à peu près toujours un pronostic bénin. Si la coarctation est récente, si la muqueuse est à peu près intacte, on devra tenter immédiatement la réduction sous le chloroforme ; mais si les parties sont sphacélées, il vaut mieux abandonner à lui-même le travail de mortification, en assurant avec soin l'asepsie de la région.

B. — Autant les prolapsus muqueux guérissent facilement, autant les chutes complètes du rectum sont de cure malaisée et sujettes aux récidives. Aussi n'y a-t-il pas lieu de s'étonner si les chirurgiens se sont ingéniés à trouver une foule de procédés opératoires, que Lyot décrit dans sa thèse. Nous ne le suivrons pas dans cette énumération, et nous nous bornons à exposer la conduite à tenir dans les principaux cas que rencontre le clinicien.

Plusieurs conditions, on le sait, favorisent, isolément ou simultanément, la production d'un prolapsus de la portion terminale de l'intestin. Le rectum, en effet, est maintenu en place par divers moyens de fixité, formant, d'après M. Verneuil, deux groupes : l'un, supérieur, représenté par le mésorectum, lame péritonéale fort épaisse, fibro-musculaire et vasculaire ; l'autre, inférieur, constitué par les sphincters de l'anus et le plancher périnéal. Que l'un ou plusieurs de ces appareils de soutien viennent à se relâcher, la procidence du rectum pourra se produire spontanément ou sous l'influence de causes occasionnelles banales. Ces notions pathogéniques doivent toujours être présentes à l'esprit du chirurgien appelé à choisir entre les nombreuses méthodes opératoires dont nous allons dire quelques mots. Le volume, l'ancienneté du prolapsus, son degré de mobilité, de souplesse et de réductibilité méritent également d'entrer en ligne de compte dans l'appréciation de la conduite à tenir et du pronostic ultérieur des opérés. D'après ce qui précède, on comprend sans peine la nécessité d'envisager en plusieurs paragraphes distincts le meilleur traitement applicable aux diverses variétés de procidence complète du rectum.

Dans un certain nombre de cas, le prolapsus est petit, récent, réductible ; le plancher périnéal est intact ; la tonicité et la contractilité du sphincter sont conservées. La simple pression suffit pour réduire la tumeur, qui, parfois, ne sort qu'au moment des efforts et de la défécation, et qui peut guérir définitivement, si on combat la cause qui lui a donné naissance (accidents intestinaux, entérite, dysenterie). Ces procidences, qu'on rencontre surtout chez des jeunes gens ou des adultes, ne déterminent souvent aucun trouble fonctionnel sérieux, mais ils tendent naturellement à s'accroître et nécessitent alors un traitement chirurgical. Les cautérisations à l'acide nitrique comptent quelques succès, et, tout récemment, notre maître, M. Delens, citait le cas d'un malade guéri, par ce moyen, d'un prolapsus datant de dix ans. C'est surtout à l'aide du thermocautère qu'on s'efforce, de nos jours, d'obtenir la rétraction cicatricielle des parois du rectum. On attire le prolapsus à l'extérieur et on trace, de son sommet vers sa base, un certain nombre de raies de feu. Celles-ci peuvent être appliquées, comme le font quelques chirurgiens allemands, en ellipses autour du centre de la tumeur. Quoi qu'il en soit, il faut éviter de pénétrer jusqu'à la tunique musculeuse ; la rétraction indulaire pourrait en effet dépasser le but qu'on se propose de réaliser et engendrer un rétrécissement du rectum, accident observé par Boyer, Allingham, Mikulicz. Après la cautérisation, le sujet devra garder le repos au lit jusqu'à la chute des eschares.

En dépit de ce traitement, même plusieurs fois répété, les insuccès sont fréquents ; le prolapsus se reproduit, devient de plus en plus volumineux, affaiblit la résistance du périnée, élargit l'orifice anal et diminue ou anéantit la tonicité du sphincter. Quand ce dernier est seul en cause, on pourra essayer d'abord les injections d'ergotine, de sulfate de strychnine au millième, l'électropuncture ou la cautérisation. Si on échoue, on donnera la préférence à la recto-périnéorraphie.

Celle-ci se pratique soit sur la paroi postérieure, soit sur la paroi antérieure du rectum. Sur un de ses malades, opéré sans récidive depuis deux ans, M. Duret rétrécit en même temps l'anus et l'ampoule rectale, en enlevant sur la paroi postérieure du rectum un lambeau muqueux triangulaire, dont la base comprenait une partie du sphincter, et en réunissant les bords du triangle par des sutures superficielles et profondes. Sur un autre malade, chez lequel l'intestin sortait toujours en avant et dont le sphincter admettait facilement quatre doigts, M. Schwartz a exécuté avec un plein succès une recto-périnéorraphie antérieure profonde. Après avoir fait prendre, pendant les trois jours qui précédèrent l'opération, 80 centigrammes de naphtol B et don-

(2) Caillé (de New-York) vient de publier une curieuse observation de prolapsus rectal consécutif à un calcul vésical chez un enfant de trois ans. L'extraction de la pierre par la taille sus-pubienne amena la disparition du prolapsus anorectal. — (*New-York med. Monatschr.*, 1889, p. 649).

Digitized by Google

ner la veille une purgation et un lavement, notre excellent maître et ami pratiqua, dans un premier temps, six larges raies de feu sur la tumeur, en détruisant toute l'épaisseur de la muqueuse. Il réduisit l'intestin prolabé et le maintint avec un tampon de gaze iodoformée. Puis il aviva toute la partie antérieure de l'anus et du rectum jusqu'au sphincter sur une hauteur de 4 centimètres et sutura la plaie de manière à rétrécir l'orifice anal et à le reporter en arrière.

Ces recto-périnéorraphies applicables comme procédés curatifs aux prolapsus moyens avec élargissement du sphincter, constituent encore de précieuses opérations complémentaires contre les volumineux prolapsus. Dans ceux-ci, ce n'est plus seulement le groupe de fixation inférieur du rectum qui a cessé de remplir ses fonctions; le méso-rectum, à son tour attiré et incessamment tiraillé par la tumeur, finit par se distendre et par céder. Nous nous trouvons alors ramenés aux conditions de ces prolapsus qui s'observent sur des femmes épuisées par plusieurs grossesses et qui sont ordinairement associés à des chutes de l'utérus et de la vessie. Dans ces circonstances, l'appareil de soutien des organes intra-pelviens est d'emblée relâché dans sa totalité et, pour le rectum en particulier, le chirurgien devra s'efforcer de rétablir les moyens de fixité perdus. C'est ce but que visent la rectopexie postéro-inférieure de M. Verneuil et la colopexie de M. Jeannel.

M. Verneuil excise au bistouri un lambeau triangulaire ayant son sommet au coccyx, sa base à l'anus; il enlève le quart postérieur du sphincter anal et met à découvert la paroi postérieure du rectum, dans l'épaisseur de laquelle il passe, à l'aide de l'aiguille courbe dite d'Emmet, quatre à cinq fils de soie dont les extrémités sortent un peu plus haut sur les côtés du triangle avivé. Ces fils, dont le supérieur se trouve à la hauteur de l'articulation sacro-coccygienne, forment des anses en U. En les nouant deux à deux, on remonte notablement et on fixe la paroi postérieure du rectum. Il ne reste plus, pour finir l'opération, qu'à rapprocher par des sutures les bords du triangle cutané. Chez un de ses malades, M. Verneuil a obtenu une guérison complète; chez un autre, il a observé une récidive par la partie antérieure du rectum, de telle sorte qu'il propose d'ajouter à la rectopexie la recto-périnéorraphie de M. Schwartz.

L'opération imaginée par M. Verneuil a été accueillie favorablement par la plupart des chirurgiens; mais il est évident qu'elle ne permet de fixer que les six derniers centimètres du rectum et que, par conséquent, elle est impuissante à remonter dans le bassin un prolapsus qui aurait plus de six centimètres de longueur. Aussi M. Jeannel a-t-il songé à soulever et à soutenir le rectum, non plus par refoulement, mais par tractions abdominales. Dans ce but, il incise l'abdomen comme dans la colotomie de Littre, saisit l'S iliaque, remonte le rectum qu'il fixe à la paroi ventrale. Pour permettre aux adhérences de s'établir solidement, pour empêcher toute pression sur le rectum et donner aux parties prolatées le temps de recouvrer leur vitalité, M. Jeannel a pensé à établir dans la fosse iliaque un anus artificiel temporaire.

M. Lyot juge ainsi le procédé de M. Jeannel : « Voila donc, écrit-il, une opération qui remplit bien complètement son but. Le prolapsus comprend, en effet, deux sortes de lésions, l'une primitive, la perte des moyens de fixité, les autres consécutives, ulcérations, rectite, qui par un échange de mauvais procédés, entretiennent ou exagèrent la première. L'opération de M. Jeannel agit sur les unes et sur les autres; elle oppose suivant l'expression du professeur Verneuil, à chaque facteur morbide un facteur curatif correspondant. » Et plus loin il ajoute que « cette opération convient surtout aux prolapsus dus à un affaiblissement de tous les liens suspenseurs pelviens, à ceux qui sont parfaitement réductibles, mais se reproduisent aussitôt; enfin qu'elle est la dernière ressource dans le cas de prolapsus récidivé après la résection ». Nous croyons que notre distingué collègue se laisse emporter par la profondeur de ses convictions; l'avenir justifiera sans doute ses paroles. Certes, le procédé de M. Jeannel est fort ingénieux et original; théoriquement il satisfait à toutes les indications. Toutefois, il n'est pas mal de chirurgiens qui, en présence d'un gros prolapsus rectal réductible, hésiteraient à établir un anus contre nature avec tous ses inconvénients; et nous attendrons, pour recommander à nos lecteurs la colopexotomie, qu'elle ait fait ses preuves, car elle n'a jusqu'à présent été exécutée qu'une seule fois, avec succès il est vrai, par son auteur.

Nous avons omis de parler de la résection dans le traitement des procidences réductibles non compliquées. Elle peut être mise en usage dans tous les cas et beaucoup de chirurgiens la pratiquent de propos délibéré. Elle ne doit cependant pas être conseillée, d'après notre vénéré maître, M. Tillaux, à moins d'indications spéciales; car les conditions anatomiques étant restées les mêmes, le prolapsus ne se reproduirait-il pas plus tard? Mais, si on peut discuter sur la valeur de la résection appliquée à la cure des chutes faciles à réduire, elle reprend au contraire tous ses droits dans le traitement des prolapsus compliqués d'adhérences, d'irréductibilité, d'étranglement. Ce dernier accident peut se rencontrer sur les petits et les gros prolapsus; il affecte une allure tantôt aiguë, tantôt chronique. La tumeur devient douloureuse, turgescente et finit par tomber en gangrène. Si les phénomènes généraux sont graves, analogues à ceux de l'étranglement interne, il convient d'intervenir sans retard.

On tentera d'abord la réduction sous le chloroforme, en procedant avec douceur, de crainte de rompre le prolapsus. On pratiquera, si c'est nécessaire, un petit débridement sur le sphincter, des scarifications à la surface de la tumeur. Mais si on échoue, une seule méthode s'impose immédiatement, c'est la résection. Quand les accidents n'ont pas un caractère menaçant, on attendra leur disparition par les bains et le repos, on essaiera ensuite la réduction et, si elle ne réussit pas, c'est encore à l'excision qu'il faudra recourir. Celle-ci, dans certains cas, doit être pratiquée d'emblée, notamment lorsque le chirurgien est appelé à un moment où la gangrène a déjà envahi le prolapsus.

Dans d'autres circonstances, la tumeur, sans être étranglée, est simplement irréductible grâce, à des modi-

Digitized by Google

fications survenues dans les parties déplacées. Les deux cylindres d'intestin invaginé contractent parfois des adhérences durables entre eux. L'intestin s'épaissit, s'ulcère, devient le siège de rétrécissement ou de dégénérescence néoplasique. Ce sont là des indications absolues à la résection.

Celle-ci, exécutée parfois à l'aide de la ligature à traction élastique, se fait généralement de nos jours avec l'instrument tranchant. Les précautions préliminaires étant prises (naphtol à l'intérieur les jours précédents, purgatifs et lavement, désinfection), le malade, est placé dans la position de la taille périnéale. Dans un premier temps, le chirurgien divise le cylindre prolabé en deux valves, l'une antérieure, l'autre postérieure. Il le fait sans hémorragie, en mettant quatre pinces à longs mors sur la tumeur, deux de chaque côté, voisines l'une de l'autre et parallèles. Dans un second temps, il résèque chaque moitié au ras de l'orifice anal, suturant la peau à la muqueuse au fur et à mesure qu'on avance. Ce procédé, dû à MM. Trélat, Charles Nélaton et Segond, est d'une exécution facile et d'une grande simplicité. Il a cependant un inconvénient, c'est de ne pas tenir compte de la possibilité d'une hédrocèle. Si la tumeur est partiellement réductible avec gargouillement, si au lieu de se porter directement en bas elle s'incurve en arrière en forme de crosse, il y a lieu de penser à la présence d'une ou de plusieurs anses intestinales, entraînées avec la tumeur dans le cul-de-sac péritonéal. Dans ces conditions, le procédé de résection de Mikulicz est de mise. Voici comment Gross le décrit : deux fils de soie traversent le sommet du prolapsus et le tendent pendant toute la durée de l'opération. On divise, à un ou deux centimètres en avant de l'anus, le cylindre externe de la face antérieure du prolapsus, en faisant l'hémostase au fur et à mesure que des vaisseaux sont coupés. Dès qu'on a sectionné la moitié antérieure du cylindre externe jusqu'à la séreuse, on aperçoit la couche péritonéal du cylindre interne. Le cul-de-sac de la séreuse est alors largement ouvert et on vérifie s'il ne contient pas d'anse intestinale. S'il y en a une, on la réduit, après avoir fendu le sphincter, qui peut s'opposer à la réduction. Le cul-de-sac séreux est aussitôt fermé à l'aide de sutures entrecoupées au fil de soie phéniqué. Cela fait, on sectionne la partie antérieure du cylindre interne. Les parties antérieures des deux cylindres étant divisées, on les réunit à l'aide de points de suture à la soie pénétrant profondément à travers toutes les tuniques. On procède de la même façon à la résection de la moitié postérieure du prolapsus, en se rappelant qu'il n'existe pas à ce niveau de péritoine entre les deux cylindres qui la constituent. L'application des sutures profondes termine l'opération. Le moignon rectal est saupoudré d'iodoforme et refoulé dans le rectum ; d'ordinaire, il se rétracte spontanément. Sur 7 malades opérés par son procédé, Mikulicz a obtenu un résultat immédiat satisfaisant. Quant au résultat définitif, il ne saurait encore être jugé : trois opérés, revus après six mois, dix mois et deux ans, ne portaient cependant aucun rétrécissement rectal et n'avaient aucune récidive de leur prolapsus.

Dr H. Rieffel.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

DERMATOLOGIE

Du traitement de l'urticaire par l'iodure de potassium, par M. Stern. — Cinq cas d'urticarie aigu et chronique ont été traités par cette médication (*Munch med Worch*, 7 oct. 1890).

On avait essayé inutilement le salicylate de soude, l'atropine, la quinine et le strophantus. C'est alors que l'auteur prescrivit l'iodure alcalin. L'amélioration a été notable dans tous les cas. C'est donc une médication à mettre à l'essai quand tous les autres médicaments classiques échouent. S. R.

Du traitement de l'acné disséminée, par M. L. Hertzmann. — L'auteur modifie la médication, suivant la variété de l'acné.

Contre l'*acné indurata et pustulosa*; il conseille :

1° D'évacuer chaque pustule et de la cautériser avec une pointe de bois trempée dans le perchlorure de fer.

2° De frictionner la peau avec une solution phéniquée à 3 ou 5 pour cent, et, de plus, chaque soir, avec une solution ainsi formulée :

Acide salicylique	3 grammes
Alcool à 95°.	120 —

Cette solution doit être étendue si la peau du visage est mince (*Schmidt's Jahrb*, 1890, p. 141).

Contre l'*acné papulosa*, où les pustules sont petites et nombreuses :

1° Frictions avec la solution alcoolique de savon de potasse, ou bien encore avec la solution suivante :

Savon de potasse	30 grammes
Alcool à 95°.	60 —
Esprit de lavande	15 —
Eau	90 —

2° Onctions avec un corps gras, vaseline ou cold cream.

3° Dans les formes graves, application de la pâte de Lassar, ainsi formulée :

Naphtol	10 grammes
Soufre précipité	50 —
Lanoline.	*aa* 25 grammes
Savon de potasse	

Contre l'*acné seborrhea* :

1° Pratiquer des frictions quotidiennes avec la solution de Vleminyk, que l'on formule ainsi :

Fleur de soufre.	50 grammes
Chaux vive.	100 —
Eau	500 —

Faire bouillir, décanter; conserver en vase clos.

2° Dans le cas où la peau est irritée, remplacer les frictions par l'application de l'onguent rosat. S R.

THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi de la pyoctanine dans les affections vénériennes par M. A. Lindstœrm. — Ces essais thérapeutiques ont été pratiqués à l'hôpital militaire de Kiew (*Vratch*. 1890, n° 37).

Dix-sept cas de *blennorrhagie* ont été traités par des injections uréthrales avec une solution de pyoctanine à 1 ou 4 millièmes. Pas d'effets abortifs : mais dans tous les cas une diminution de la secrétion purulente.

Dans onze cas de chancres on a pratiqué le pansement en soupoudrant la plaie avec le talc pulvérisé et mélangé avec la pyoctanine au millième ou au deux millièmes. Les effets ont été peu différents de ceux de la poudre de calomel.

Les bénéfices obtenus n'ont pas été plus considérables dans le pansement des bubons ou de l'herpès génital. Ils ne sont donc pas très favorables au nouvel antiseptique.

S. R.

De l'action antiseptique de la pyoctanine par M. Van

Digitized by Google

Arsdale.— L'enquête clinique se poursuit sur cette substance. L'auteur, pour en vérifier les vertus, en a fait usage dans le pansement de blessures superficielles : ulcères, abcès, excoriations, etc., sous forme d'une solution au millième qui était appliquée au moyen de la gaze, celle-ci étant elle-même recouverte de protective. (*New-York Med. Journal.* 23 août 1890).

La suppuration a été abrégée par ce pansement, les granulations ont diminué et il n'existait sur la peau aucun phénomène d'irritation. M. Arsdale aurait constaté un plus grand nombre de cicatrisations par première intuition, l'absence de septicémie, de lymphangite et d'érysipèle. Il admet que la pyoctanine est un microbicide puissant. S. R.

Les propriétés et la posologie de l'euphorine par M. Gracosa. — Cette substance est le phénylurétha ne, poudre blanche, cristalline insoluble dans l'eau, mais soluble dans l'alcool et les véhicules alcooliques, et analogue, d'après Sansoni, à l'antipyrine par ses vertus antipyrétiques. (*Il. Policlinico.* 23 octobre 1890).

On l'a prescrite contre la fièvre dans le rhumatisme articulaire aigu, l'orchite, la pneumonie croupale, l'influenza et la pleurésie. L'abaissement thermique obtenu coïncidait avec la production de sueurs.

De plus elle a paru remplacer l'acide salicylique contre le rhumatisme et l'antipyrine comme analgésique dans le tabes dorsal et les douleurs névralgiques. Puis, autre propriété, on en a retiré des avantages comme topique, pour panser les plaies ulcéreuses atoniques et les conjonctives chroniques.

A l'intérieur on l'administre à la dose quotidienne de deux grammes au maximum par prises successives de vingt à cinquante centigrammes, S. R.

La salipyrine, sa posologie et ses indications par M. Guttman. — Cette substance est une poudre blanche dérivée de l'antipyrine et de l'acide salicylique. Cent parties de salipyrine contiennent 57,7 parties de la première et 42,3 parties de la seconde. Peu soluble dans l'eau (1 sur 200), elle se dissout bien dans l'alcool. (*Deut. Klin. Woch.* 1890, n° 37.

1° On l'emploie comme *antithermique*. Efficace surtout contre les mouvements fébriles avec exacerbation, elle a rendu des services contre la fièvre des phtisiques. L'abaissement thermique maximum se produit après trois ou quatre heures et s'accompagne d'une transpiration plus ou moins abondante. Le retour à la température normale demande quatre ou cinq heures. Mode d'administration : une dose de 1 gramme d'heure en heure jusqu'à la dose de 5 à 6 grammes pour obtenir une chute de température de 1 degré et demi à 2 degrés.

2° Dans le *rhumatisme articulaire aigu*, la salipyrine diminue la douleur et la fluxion articulaires. Dose quotidienne totale : 6 grammes en six prises, une prise toutes les deux heures.

3° Contre le *rhumatisme articulaire chronique et la sciatique rhumatismale* : mêmes usages.

Les inconvénients de cette médication seraient moindres que ceux de l'antipyrine et de l'acide salicylique. Toutefois elle peut provoquer des éruptions cutanées. S. R.

LA RÉFORME DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

L'organisation des services de chirurgie de Paris (1)

« Tout irait bien dans les hôpitaux sans les médecins. » Telle est la conviction intime de tous les dignitaires et employés de l'administration, conviction qu'ils ne se gênent pas d'ailleurs pour exprimer librement.

Il est certain que si l'on supprimait aussi les malades, ces messieurs ne se tiendraient pas de joie ; ils pourraient se livrer sans façon à leur manie de noircir du papier.

En fait, l'administration est tout dans les hôpitaux et les médecins ne sont rien. Ils sont les inférieurs des directeurs d'hôpitaux ; ils n'ont pas le droit d'exiger, de commander quand il s'agit de quelque réforme urgente ; il leur faut supplier pour obtenir la faveur d'améliorer leur service.

On croit dans le public que chaque médecin a pleine autorité sur le personnel de ses salles, qu'il le choisit et le conserve quand et comme il lui plaît. Ce serait trop beau, et rien n'est moins exact.

Il arrive tous les jours qu'un médecin se voit enlever par l'administration un serviteur excellent, et cela brusquement, sans même qu'on ait pris la peine de l'en avertir. Puis, quelques jours après, il aperçoit un individu quelconque dont il ne connaît pas la figure ; il demande quel est ce personnage : on lui répond que c'est le nouvel infirmier. Naturellement, ce dernier est ignorant de son métier, parfois inintelligent, ivrogne ou brutal, et cependant c'est avec ce serviteur qu'il faut faire marcher un service compliqué dans lequel chaque faute se compte par des morts d'homme.

On croira peut-être que j'exagère ; eh bien! voici une histoire authentique et que je tiens du chirurgien qui en a été la victime.

Celui-ci venait d'être chargé d'un remplacement dans un grand service qu'il avait trouvé en pleine débandade, une partie des serviteurs ayant été congédiée, entre autres le garçon chargé de la salle d'opérations.

Quoi qu'il en soit, le jeune chirurgien, plein de courage, s'était mis résolûment à la besogne ; en donnant beaucoup de sa personne, il était arrivé à tirer un assez bon parti de la situation. Il avait d'ailleurs eu la bonne fortune de rencontrer une fille de salle intelligente et soigneuse qui lui remplaçait à peu près le garçon de la salle d'opérations. Un jour, cette fille est grossièrement insultée par un malade protégé par la surveillante ; elle demande justice au chef, qui renvoie le malade. Or, un matin, en faisant la visite, le chirurgien constate l'absence de la fille de salle ; il en demande la raison : on lui répond qu'elle a été renvoyée. Il s'informe et finit par apprendre que la fille en question a été congédiée sur la demande de la surveillante, à qui elle aurait, paraît-il, manqué de respect.

Le chef veut arranger l'affaire ; il promet que l'infirmière fera des excuses ; mais la surveillante lui répond catégoriquement : « Non, monsieur, je ne reprendrai pas l'infirmière ; d'ailleurs, vous n'êtes pas le maître dans le service.....(1) » Mon collègue, qui est l'homme le plus conciliant de la terre, lui dit alors : « Madame, je vous donne vingt-quatre heures pour me faire des excuses ; demain, vous me direz ce que vous aurez décidé. »

Le lendemain : « Avez-vous réfléchi, madame? » — « Oui, monsieur. » — « Vous n'avez rien à me dire ? » — « Non, monsieur. »

(1) Suite et fin : Voir n° 45.

(1) La surveillante faisait allusion, par ces mots, à la situation intérimaire du chef de service.

Digitized by Google

C'en était trop. Mon ami enleva son tablier et déclara qu'il ne mettrait plus les pieds dans le service tant que la surveillante y serait.

L'affaire prit des proportions, et le chirurgien fut mandé à l'administration centrale où l'on commençait à lui faire des remontrances! L'histoire raconte qu'il riposta si vertement que le dignitaire se replia en bon ordre.

Le lendemain, un inspecteur de l'assistance venait, en présence des élèves, faire des excuses au chef et le supplier de ne pas donner tort à l'autorité en continuant d'exiger le retour de l'infirmière. Naturellement, la surveillante fut congédiée, mais non sans espoir de retour, car quelques mois après cette histoire, le titulaire ayant repris son service, elle revint plus triomphante que jamais, heureuse d'avoir, en somme, tenu en échec un chirurgien des hôpitaux.

Ce qui s'est passé dans l'espèce, se reproduit tous les jours; à plusieurs reprises on m'a fait la même mauvaise farce, et si je l'ai supportée, c'est que le service marchait malgré ces accrocs.

Ainsi donc, il est acquis qu'un chef de service ne peut garder un infirmier qui a déplu à la surveillante, pas plus qu'une surveillante que le directeur veut congédier. J'ajoute qu'il n'est presque jamais consulté pour le choix des nouveaux serviteurs.

Partout et toujours, le médecin est sous la tutelle de l'administration; s'il veut un objet quelconque, ou même un instrument de chirurgie, il lui faut un bon qui passe par des contrôles successifs qui occasionnent un retard variant de huit jours à un mois et plus.

Pourquoi ces retards, puisque rien ne s'opposait à l'achat de l'instrument? Quel besoin avait-on de le faire attendre aussi longtemps?

Combien différente est la situation du chirurgien allemand, maître absolu dans son service, détenteur de son budget. Il a à côté de lui, un économe qui se charge des écritures mais qui lui est subordonné; inutile d'ajouter qu'il tient dans sa main tout le personnel qu'il paie, choisit, congédie et remplace à son aise.

Voilà pourquoi le personnel des hôpitaux étrangers est cent fois supérieur au nôtre. Chez nous, les infirmiers sont pour la plupart une élite... de rebut. Comment en serait-il autrement avec les traitements dérisoires qu'ils reçoivent.

Aussi, se dédommagent-ils de l'insuffisance de l'allocation en exploitant les malades. On sait que chaque fois qu'un malade demande le bassin, il lui faut payer dix centimes, faute de quoi, on le berne, et on le fait attendre indéfiniment.

Aux services de chirurgie sont annexés: les opérations d'urgence, les consultations et le Bureau central.

Les opérations d'urgence sont actuellement encore sujettes à critique, malgré les améliorations qui ont été apportées dans ce service. Les chirurgiens du Bureau central qu'on appelle à tour de rôle n'ont pas toujours été les élèves du chirurgien titulaire, et pour peu que l'opéré aille mal, celui-ci accuse son jeune collègue. Ce dernier n'a, d'ailleurs, pas toujours toutes ses aises. Combien de fois n'ai-je pas dû opérer avec des surveillants de garde qui ne savaient où rien posait dans le service, avec des internes en médecine comme aides, ou même de simples externes n'ayant jamais fait de chirurgie. On éviterait tous ces inconvénients en réservant l'urgence de chaque service aux assistants que je ne cesse de réclamer.

Les consultations n'existent que de nom dans les hôpitaux de Paris; le chef de service n'a guère le temps d'y assister, et le soin en incombe naturellement à l'interne. Je me suis suffisamment étendu sur les nombreuses occupations de ce dernier pour n'avoir pas à prouver qu'il ne peut la faire que très rapidement.

D'ailleurs, les locaux de consultation sont presque partout mal disposés, et il serait impossible d'y établir le même fonctionnement qu'en Allemagne, où les consultations sont faites par un assistant et parfois par un professeur extraordinaire dans des locaux magnifiquement installés. On y fait, du reste, un grand nombre de petites opérations pour lesquelles les malades n'ont pas besoin d'être hospitalisés. Rien de pareil n'a lieu chez nous, je n'ai pas besoin de le dire.

Une autre institution, d'ailleurs tout à fait inutile, fonctionne d'une manière ridicule, c'est le Bureau central.

Il est établi au nouvel Hôtel-Dieu, dans un local étroit, sombre et d'une saleté repoussante. Comme instruments, on n'y trouve que ceux d'une trousse rudimentaire. Je n'y ai jamais, fait ni laissé faire une incision d'abcès tant le milieu est malpropre et mal organisé au point de vue de l'antisepsie.

La salle d'examen au spéculum est étonnante. On y trouve pour tout meuble, une fontaine vide d'eau sans savon ni serviette, une table à spéculum des plus antiques, et un pot de vaseline merveilleux. Il contient 4 à 500 grammes de vaseline. C'est une vieille boîte de conserve en fer blanc, sans couvercle, exposée à la poussière et dans laquelle ont trempé les doigts de plusieurs générations. Quant à l'instrumentation gynécologique, je l'apprécierai d'un mot: on n'y trouve même pas d'injecteur pour lavages antisepsiques du vagin.

Jamais non plus cette pièce n'a possédé une bouteille de sublimé.

Il existe enfin une dernière salle où se trouve un lit pour examiner un malade couché. Jamais vous n'avez vu pareille ordure.

Sur une paillasse à enveloppe poisseuse, est étendue une toile de caoutchouc qui n'a jamais été lavée et qu'on recouvre d'une alèse généralement dégoutante.

J'ai eu un jour la curiosité de regarder sous la paillasse; j'y ai trouvé: de vieilles savates, un torchon sale, un vieux pantalon, une ceinture de gymnastique, un vieux fichu de laine, un gilet (1).

Dans la même pièce, on trouve une armoire dont le contenu fait rêver: deux éponges sales, des paquets

(1) Tous ces détails et ceux qui vont suivre sont absolument authentiques, je les ai pris en note en septembre dernier, en présence des externes et de plusieurs infirmiers. C'était le lendemain d'un jour où l'on avait nettoyé. C.

Digitized by Google

de vieux imprimés, un peigne, une boîte en fer blanc contenant ds la vaseline rance, trois bouteilles vides, un brancard portatif, un morceau de pain, du fromage, une culotte, un balai à pot de chambre, un entonnoir, un bouchon de carafe, un vieux bas, une brosse à ongles, une casquette, une blouse, deux pantalons d'infirmier, trois encriers, des bottines, une savate, une brosse de chiendent, deux enveloppes à linge sale, un plumeau, une balayette, un ciseau de menuisier, une brosse à frotter et un litre de vin. Je terminerai cette édifiante énumération par un tour de dentiste égaré dans ce magasin de brocanteur.

C'est en effet dans ce local dégoûtant que se fait à certains jours la consultation des dents et celle des oreilles.

Le service du chirurgien du bureau central consiste à recevoir des malades peu urgents pour les hôpitaux et à indiquer les pansements à faire à des malheureux, porteurs de plaies qui ne peuvent être reçus à l'hôpital, entre autres ces horribles ulcères de jambe dont la vue seule provoque le dégoût.

Sait-on qui les soigne ces misérables? Ce sont deux pauvres vieilles sœurs de l'Hôtel-Dieu qui chaque jour pansent 150 malades, avec un dévouement qu'on ne saurait exiger du corps médical qui s'y refuserait, ni des infirmiers qui exploiteraient ces pauvres diables. D'ailleurs le local des sœurs est tellement étroit, que les misérables sont obligés, s'ils sont un peu nombreux, d'attendre mélancoliquement sous la pluie leur tour de pansement... — Pendant ce temps, par la porte grande ouverte de la salle de garde des pharmaciens, on entend, ironie suprême, le piano qui joue une valse, ou quelque voix vibrante qui détaille une chanson d'amour!...

Plan de réformes

Je ne m'étendrai pas sur les réformes matérielles des services de chirurgie, je me contenterai d'une simple énumération : des services de plein pied formés de pavillons isolés, un garçon spécial pour la salle d'opération, un arsenal chirurgical complet, la lumière électrique à l'amphithéâtre, un employé spécial chargé des piles et machines électriques ; voilà ce que tous les chirurgiens désirent et réclament à grands cris.

Il faudrait ajouter, à chaque service, des chambres particulières pour les malades payants. Beaucoup de ces malades ont une certaine aisance, quelques-uns sont fort riches ; cependant, ils se croient quittes envers la société pour avoir payé 3 fr. 50 par jour à l'administration. Que celle-ci se trouve suffisamment rétribuée, c'est son affaire ; toujours est-il que, huit fois sur dix, le chirurgien a fait, à ses confrères de la ville, un tort considérable, en opérant gratis des gens qui pouvaient payer.

J'ai montré que l'autorité du chef de service n'existait pour ainsi dire pas vis-à-vis du personnel, entièrement dévoué au directeur. Cette situation est scandaleuse ; il faut qu'elle cesse. Le chirurgien et le médecin doivent avoir une autorité absolue sur les surveillants et serviteurs. Nous réclamons aussi la prééminence du médecin sur l'administration (1).

Actuellement, les chefs de service n'ont pas de budget défini, on demande tout par bons ; cela se résume en deux mots : retards et gaspillage. Si l'on donnait à chaque chirurgien un budget fixe, qu'il emploierait à sa guise, il se procurerait les mêmes choses avec une économie de moitié.

Bref, le médecin et le chirurgien, qui ne sont rien et qui devraient être tout, demandent à être quelque chose; j'ajouterai, pour compléter ma pensée : « Tout irait bien, dans les hôpitaux, sans l'administration ? »

Les consultations des hôpitaux devraient être installées dans de grands et beaux locaux, vastes, clairs, propres, aérés, dans lesquels il serait possible de faire de petites opérations. On chargerait de ce service un assistant spécial.

Toutefois, je reculerais devant un projet de réorganisation de la consultation du bureau central. Elle n'est pas seulement installée d'une façon honteuse, elle est, de plus, complètement inutile.

On dit qu'elle sert à répartir, dans les hôpitaux où il y a des lits vacants, les malades qui n'ont pu être reçus aux consultations des hôpitaux surchargés. Et alors, on éprouve le besoin de convoquer tout exprès un médecin et un chirurgien pour examiner de nouveau ces malades qui ont déjà été vus ailleurs.

Il y a mieux à faire ; dans chaque hôpital, recevez à la consultation autant de malades qu'il y a de lits vacants ; s'il y en a davantage qui méritent d'être reçus, donnez-leur un billet spécial pour le bureau central où les employés les répartiront eux-mêmes dans les divers hôpitaux.

Une grande lacune, dont je n'ai pas encore parlé jusqu'ici, c'est l'absence dans chaque hôpital de consultations spéciales pour les maladies de la peau, des yeux, oreilles, nez, larynx.

Quand un médecin a besoin d'un renseignement ou de soins pour une de ces affections spéciales, il est obligé de faire appel à la complaisance d'un de ses amis de la ville. D'autre part, les malades de Paris, ne recevant pas ces sortes de soins dans les hôpitaux (2), sont donc obligés de s'adresser à des cliniques particulières de la ville.

Pourquoi ne pas donner au concours des plans d'oculistes, auristes, dermatologistes, etc. ? Cette création est tout aussi nécessaire que celles des accoucheurs des

(1) Il existait, il y a quelques années, un directeur d'hôpital absolument parfait ; il faisait son service admirablement, et était d'une correction absolue avec les médecins. L'administration lui refusait tout avancement. Un jour que quelqu'un s'en étonnait devant lui : « Savez-vous, dit il, pourquoi je n'avance pas ? C'est parce que je suis en trop bons termes avec les médecins. »

Cela prouve, une fois de plus, l'antagonisme qui existe entre l'administration et le corps médical, antagonisme dont les malades sont seuls à souffrir.

(2) On ne peut vraiment considérer, comme répondant aux besoins, les services d'yeux et d'oreilles de Lariboisière.

Digitized by Google

hôpitaux dont personne ne songe plus à contester l'utilité.

Il me reste à étudier les réformes des concours.

L'internat est à conserver, mais le concours de la médaille est à modifier et comme épreuves et comme esprit.

Un de mes amis, candidat au bureau central, me disait un jour mélancoliquement : « Nous passons des années dans les hôpitaux et à la fin de l'internat, on nous jette à la porte sans s'occuper de ce que nous deviendrons, sans même nous donner des moyens de travail.

» Pour rentrer dans les hôpitaux il nous faut le concours du Bureau Central.

» Pourquoi cette interruption dans la carrière ? L'administration devrait nous utiliser tout en nous donnant des moyens de travail ; le concours de médaille actuellement inutile et stérilisant pourrait servir à désigner ceux qui resteraient attachés aux services hospitaliers. »

Cette critique est fondée. Il faudrait modifier le concours de médaille qui changerait de nom et s'appellerait le concours de sortie des hôpitaux. Les internes qui seraient nommés à ce concours auraient seuls le droit d'être candidats aux hôpitaux et d'être choisis comme assistants.

Reste le concours des hôpitaux. Après avoir fortement médit de cette institution dans mes articles antérieurs, je dois aujourd'hui, pour faire connaître toute ma pensée, dire que ce concours est une chose malgré tout excellente et bonne à conserver, mais à la condition de l'améliorer.

Voici, selon moi, dans quel sens il faudrait le modifier :

Un candidat aux hôpitaux doit faire preuve d'érudition, de connaissances pratiques et posséder des titres scientifiques.

Jusqu'ici les travaux personnels n'ont servi de rien à leurs auteurs ; il serait peut-être utile de quitter la vieille ornière et, à épreuves égales, de donner la préférence à un candidat qui a fait des recherches importantes sur un autre qui n'a jamais rien fait.

Les épreuves pratiques ont aussi besoin de quelques modifications.

Pour les épreuves cliniques il faudrait donner aux candidats une demi-heure d'examen et une demi-heure pour la leçon.

A la médecine opératoire je voudrais qu'on demandât à chaque candidat deux amputations et quatre ligatures afin d'éliminer l'émotion, le hasard ou les inconvénients d'un cadavre de mauvaise qualité.

Arrivons enfin aux épreuves théoriques. Je pense qu'il faut les conserver ; plus que toutes les autres elles montrent l'intelligence d'un candidat, sa maturité, son jugement, sa clarté d'exposition, ses qualités supérieures.

Mais nous avons dit et prouvé, M. Huchard et moi, que ressasser toujours les mêmes questions et apprendre par cœur pendant des années, amoindrissait et stérilisait les plus belles intelligences et surtout empêchait les travailleurs de se livrer aux recherches originales.

Que faut-il pour empêcher cet inconvénient ? Une chose bien simple : rendre l'admissibilité définitive quand on a été admissible une fois.

De cette façon, si l'on n'est pas nommé immédiatement aux hôpitaux, du moins on est débarrassé de l'épreuve de mémoire, il ne reste plus qu'à préparer les travaux personnels.

Qu'on ne s'y trompe pas, l'admissibilité définitive est une question capitale, d'elle seule dépend notre relèvement scientifique. Et pour simple que soit le remède, il n'en est pas pour cela moins héroïque (1).

Cette idée paraît rallier tous les suffrages. M. Huchard l'a inscrite dans une note additionnelle de son travail. Enfin, nous croyons savoir que l'éminent et très libéral doyen de la Faculté n'est pas opposé à cette réforme.

J'ai montré qu'il était impossible à un chirurgien de faire marcher son service avec l'organisation actuelle.

Il est absolument urgent de créer dans chaque hôpital un grand laboratoire central dirigé par un histologiste distingué, convenablement rétribué (6,000 à 8,000 fr.), ayant sous ses ordres des moniteurs attachés à chaque service et nommés au choix.

Cette création serait économique, car, actuellement, chaque chef a un laboratoire particulier où l'on gaspille l'argent : chacun des dix services se paye un microtome, un microscope de plusieurs centaines de francs, alors qu'un seul de ces appareils suffirait pour un laboratoire central.

Cette réforme est de plus absolument urgente, car actuellement c'est un problème insoluble que de faire examiner, sérieusement et régulièrement, toutes les pièces et autopsies intéressantes.

La mauvaise organisation de l'internat rend encore indispensable la création d'assistants (2).

Il faudrait, à mon avis, que les assistants fussent nommés, non pas au concours, mais au choix, car le chef de service a le droit d'avoir comme second un chirurgien élevé dans sa doctrine et qui vive avec lui en bonne intelligence.

Les assistants seraient recrutés dans deux catégories : d'une part, les chirurgiens des hôpitaux ; et, d'autre

(1) Voici comment fonctionnerait ce nouveau système : les épreuves d'admissibilité comprendraient, en chirurgie : l'épreuve écrite, l'épreuve orale théorique, et une épreuve clinique ; les épreuves définitives : deux épreuves cliniques, médecine opératoire, titres scientifiques.

La première année où le concours fonctionnerait de la façon que je viens de dire, on nommerait les huit admissibles d'usage (pour deux places au bureau central), qui subiraient ensuite les épreuves définitives. L'année suivante, on ferait d'abord un concours pour deux places d'admissibles (laissées vacantes par les nominations antérieures), et l'on joindrait les deux nouveaux admissibles aux six qui resteraient de l'année précédente, et l'on ferait alors avec les huit candidats la seconde série d'épreuves.

(2) Là aussi, nous trouvons une question vitale au point de vue scientifique, car, si nous admettons l'épreuve de titres, encore faut-il que nous donnions aux candidats les moyens de faire des travaux. Or, comment faire des travaux quand on vit constamment éloigné des malades ? C'est ainsi que, même en partant du point de vue scientifique, on se trouve conduit à créer des assistants pour chaque service de chirurgie.

Digitized by Google

part, les anciens internes qui auraient satisfait au concours de sortie de l'internat.

Les fonctions d'assistant seraient réglées à la volonté du chef de service et du principal intéressé (1).

Enfin, rien ne s'opposerait, je pense, à ce qu'un chef prît, en outre d'un assistant titulaire, des assistants volontaires, recrutés comme il a été dit et qui seraient chargés des consultations ou de toute autre besogne que le chef voudrait leur confier. Naturellement, les assistants feraient une sorte de stage en attendant la place d'assistant titulaire. Une fois nommés aux hôpitaux, ils pourraient encore rester dans le même service jusqu'à leur placement définitif.

Le regretté Trélat, avec sa belle intelligence et son admirable largeur de vues, avait depuis longtemps compris la nécessité des assistants. Je reproduis ici une lettre dans laquelle il appréciait les difficultés auxquelles étaient en proie les candidats et les jeunes chirurgiens.

LETTRE DE M. TRÉLAT

« Ce n'est pas par des demi-mesures qu'on résoudra les difficultés actuelles. Ni le fractionnement des services de façon à accroître de quelques unités le nombre des chirurgiens des hôpitaux, ni la diminution du nombre des chirurgiens du Bureau central, n'auront le caractère d'une solution et ce n'est certes pas ainsi que nous éleverons la puissance de notre chirurgie! Les difficultés sont d'un autre ordre et se résument en deux faits : à Paris, nous faisons mal l'apprentissage des futurs chirurgiens, et d'autre part, nous utilisons mal les jeunes chirurgiens. Voilà ce qu'il faut corriger. Remanier les services de chirurgie, de façon à n'avoir plus sous ce nom que des services disposés et outillés pour la chirurgie générale ou spéciale, doter chaque service d'un chirurgien titulaire ou d'un chirurgien en second, ou d'un assistant dont les fonctions dureraient obligatoirement 4 ou 5 ans; cela aurait pour résultat de doubler notre personnel chirurgical, de satisfaire aux besoins croissants de la chirurgie actuelle, d'augmenter l'activité et l'efficacité des divers services, de faire faire un noviciat utile aux jeunes chirurgiens; enfin et surtout, d'utiliser avec tous les avantages possibles ces jeunes chirurgiens qui attendent désespérément aujourd'hui un placement trop tardif. »

29 *avril* 1887. TRÉLAT.

En résumé, je demande les modifications suivantes :

A. — *Réformes générales* : 1° Améliorer l'organisation matérielle des services;

2° Donner aux chirurgiens une autorité absolue sur les serviteurs et surveillantes, et la prééminence sur l'administration;

3° Modifier le service des consultations;

4° Supprimer le bureau central;

5° Créer des consultations pour les affections spéciales dans chaque hôpital. Nommer ces médecins spécialistes au concours.

B. — *Réformes des concours des hôpitaux* : 1° Créer une épreuve de titres;

2° Modifier les épreuves pratiques;

3 D'abord et avant tout rendre l'admissibilité définitive.

C. — *Modifications du personnel chirurgical* : 1 Supprimer les externes, conserver l'internat;

2° Instituer un concours de sortie des internes les nommant candidats au Bureau central et candidats à la place d'assistants.

3° Création d'assistants nommés au choix, recrutés dans le Bureau central et dans les internes ayant satisfait au concours de sortie;

4° Créer un laboratoire central pour chaque hôpital, dirigé par un chef des travaux histologiques, ayant sous ses ordres des moniteurs d'histologie;

5° M. Huchard ayant traité avec une grande autorité la question de l'enseignement clinique des hôpitaux, je n'y reviendrai pas. Je tiens seulement à dire que je partage complètement ses idées sur ce point. Je pense que l'organisation de cet enseignement contribuerait d'une manière très efficace à notre relèvement scientifique.

Dr H. CHAPUT.
Chirurgien des hôpitaux.

(1) Pour le moment, la création d'assistants ne serait pas une mesure générale ; on n'en donnerait d'abord qu'aux chefs qui en demanderaient. Cette réforme commence d'ailleurs à entrer dans les mœurs, car la plupart des chirurgiens du bureau central font office d'assistants. Ce serait une chose bien simple de consacrer par un article du règlement une réforme aussi nécessaire.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

I. **Des injections contre la blennorragie chez l'homme** — Ce qu'il faut éviter, c'est l'abus de ce procédé. M. Lang (de Vienne) conseille donc de pratiquer des injections peu fréquentes (deux à trois par jour), et à en varier le volume selon la forme aiguë ou chronique de l'affection.

Blennorragie aiguë. On prescrira la solution de sulfo phénate de zinc à 1/4, 1/2 ou 1 pour cent.

La quantité de liquide injecté sera de 6 grammes.

Blennorragie chronique. Le volume de l'injection sera plus considérable : 8 à 10 grammes.

Comme moyen d'hygiène : repos, réglementation des boissons et des aliments.

II. **De l'administration de la diurétine.** — Cette substance, salicylate double de soude et de théobromine, s'administre en solution à titre de diurétique. M. Schrotter (de Vienne) la prescrit ainsi :

Diurétine	4 à 8 grammes
Eau à 60°	150 grammes

F. s. a. une solution. A prendre par grandes cuillerées : une toutes les deux heures dans les cas d'hydropisies cardiaque, renale ou hépatique.

D'après M. Koridschoner, il est utile de laisser un intervalle de trois heures entre l'administration du médicament et la fin des repas.

III. **De l'injection sous-cutanée de la créosote dans la tuberculose pulmonaire,** — Des formules publiées pour véhiculer la créosote en injections sous-cutanées, toutes plus ou moins présentent des inconvénients. Celles-ci ont été proposées par MM. les Drs Cassin (d'Avignon) et Toussaint.

Créosote de hêtre	àà 4 grammes
Huile d'amandes douces.....	
Vaseline	2 grammes

MM. Lépine et Lannois, qui en ont fait usage, con-

Digitized by Google

seillent d'augmenter la dose de vaseline et d'huile d'amandes douces.

Le contenu d'une seringue de Pravaz de cette préparation contient 40 centigrammes de créosote.

Le technique opératoire recommandée par M. Cassin est la suivante :

1° Diriger l'aiguille dans le tissu cellulaire qui sépare le sous-scapulaire et le grand dentelé ;

2° Le malade doit porter la main sur la pointe de l'omoplate et, par une pression, faire basculer cet os.

S. R.

REVUE DES LIVRES

Sur les contagieuses et maudites Bubas, poème de F. Lopez de Villalobas ; traduit par le Dr Lanquetin. (Paris, Masson, 1890.)

Ceux de nos confrères qu'intéresse l'histoire de la médecine liront avec plaisir le poème de F. de Villalobas, dont M. le Dr Lanquetin nous donne une traduction fidèle et élégante. Ce petit livre fait partie de la collection choisie des anciens syphiligraphes, publiée sous les auspices de M. Fournier, à laquelle il s'ajoutera avec honneur.

Lopez de Villalobas, médecin de la cour d'Espagne, successivement attaché aux personnes de Ferdinand V et de Charles-Quint, fit imprimer son œuvre à Salamanque en 1498, c'est-à-dire trente-deux ans avant la publication du poème immortel de Frascator; on sait que l'illustre médecin de Vérone fut le parrain du mal nouveau, auquel il donna le nom de *syphilis*, qu'il a toujours conservé depuis.

Villalobas recherche d'abord les causes de la maladie inconnue qui ravageait l'Espagne ; il invoque successivement la colère divine, les conjonctions sidérales, la luxure de ses compatriotes. Il se pourrait dit-il que cette dernière fût la vraie cause du mal, car il débute toujours par l'organe qui a commis le péché d'impureté.

Sur cet organe apparaît la *Buba*, dont l'auteur nous donne une description très exacte : c'est une petite plaie dure, non douloureuse, noirâtre, accompagnée d'un engorgement des ganglions inguinaux, de douleurs dans les membres, d'éruptions sur la peau. Nous ne le suivrons pas dans sa description des phénomènes secondaires et tertiaires de la vérole.

Il est curieux de voir cet homme d'élite, observateur de premier ordre, aux prises avec les théories médicales de son époque, en dégager son esprit, et reconnaître dans les bubas pestilentielles un mal nouveau, qui n'est ni le saphati, ni la gale, ni la lèpre, ni aucune maladie déjà connue. N'oublions pas que ce traité a été composé, il y a quatre cents ans, par un des rénovateurs de la médecine, car il est un des premiers documents de la méthode d'observation.

Nous devons être reconnaissants au Dr Lanquetin d'avoir exhumé de la poussière des bibliothèques, où elle était oubliée depuis tant d'années, l'œuvre du premier en date des syphiligraphes.

Dr H. Marciguey.

Etuves et chirurgie, par M. le Dr Guermonprez. (Lille; 1890.)

Malgré l'opinion exprimée par Lister au Congrès de Berlin, l'antisepsie n'est pas le dernier perfectionnement de la pratique chirurgicale. Il est bien démontré aujourd'hui que les solutions antiseptiques manipulables sont impuissantes à détruire les germes pathogènes qui souillent les instruments de chirurgie et les objets de pansement. Il a donc été nécessaire de s'adresser à une autre méthode pour réaliser la destruction, non seulement des bactéries, mais encore celle des spores, qui est la plus difficile à obtenir. Le feu purifie tout ; aucun germe ne lui résiste aux températures de 115° à 200°, suivant le mode de chaleur adopté. La chaleur humide les tue à 115°, et la chaleur sèche de 150° à 200°. M. Guermonprez discute toutes ces questions dans ce mémoire extrêmement étudié et remarquable ; il passe longuement en revue les différentes étuves à air chaud, chaleur humide, autoclaves, discute leurs avantages et leurs inconvénients. De nombreuses figures rendent l'intelligence du texte très facile. L'auteur donne la préférence aux étuves à vapeur sous pression. Nous conseillons la lecture de ce petit mémoire à tous ceux qu'intéresse la question des étuves en chirurgie.

H. M.

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

Rouen, 14 novembre 1890.

La réforme de l'enseignement médical

Monsieur le Directeur,

Tous ceux qui aiment leur pays et qui ont appris à l'aimer en visitant et en observant les pays voisins sont avec vous dans la courageuse campagne que vous avez entreprise et que vous promettez continuer quand même. Je ne sais pas si tous nous le disons, mais je suis sûr que tous le pensent. Cependant tout le monde n'a pas qualité pour apprécier *dans ses détails* votre plan de réformes; et, pour ma part, je dois modestement me borner à vous remercier d'avoir appuyé de votre autorité nos revendications pour la liberté des Ecoles de médecine de province. Toutes ces Ecoles vous doivent une grande reconnaissance pour votre vigoureux plaidoyer en leur faveur. Si je ne me trompe vous êtes le premier dans la presse parisienne qui ayez écrit « que les Ecoles de province rendent de grands services parce qu'elles concourent à faire de la décentralisation scientifique et universitaire ». Je crois que votre voix sera écoutée parce que la cause que vous soutenez est juste. Tôt ou tard, et par la force des choses, on arrivera à comprendre que dans une vraie démocratie tout doit tendre à la diffusion de l'enseignement et non pas au monopole.

Dr R. Brunon,
Professeur à l'Ecole de médecine de Rouen,
Ancien Interne des hôpitaux de Paris.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

Bordeaux. : **Société de médecine et de chirurgie** (24 oct. 1890). I. *La désinfection dans la fièvre typhoïde.* — Lyon : **Société nationale de médecine** (6 nov. 1890). II. *Du traitement opératoire des thrombus du vagin.*

I. **La désinfection dans la fièvre typhoïde.** — A côté de l'influence des eaux polluées dans la pathogénie de la fièvre typhoïde, il faut aussi tenir compte de la contagion directe. M. Muselli rapporte une observation d'après laquelle la maladie se déclara par contagion dans une famille où il avait soigné un typhoïsant. Malgré ses avis, la famille se refusa à pratiquer la désinfection de la literie et des hardes du malade.

Quelles sont les mesures de désinfection à conseiller dans des cas semblables? A la ville, on a la ressource des étuves. Dans la pratique rurale, on est forcé de s'en tenir à des moyens plus usuels.

M. Muselli conseille donc de faire immerger et tremper longuement dans l'eau très chaude et saturée de sel marin les hardes, les linges, la literie et tous les objets ayant servi au malade.

Digitized by Google

On peut compléter la désinfection en exposant ces objets à l'air libre pendant deux ou trois semaines, car l'action de l'air, de la pluie et de la lumière, de l'avis expérimenté de M. Carles, suffisent pour assurer la destruction des germes pathogènes.

Enfin, il faut, autre remarque due à M. Legay, combattre l'habitude funeste qui consiste à tenir les malades dans une chambre absolument close et dans une atmosphère confinée. L'aération de la chambre des malades doit être pratiquée chaque fois que l'orientation des maisons le permet.

On dira, ajouterons-nous, voilà de petits moyens. C'est vrai; mais, en hygiène thérapeutique, tout aussi bien qu'ailleurs, nos confrères bordelais ont raison de les conseiller : petites causes, grands effets.

II. **Du traitement opératoire des thrombus du vagin.** — Cette médication chirurgicale donne de bons résultats, et M. Vincent le prouve par une observation dont il a donné lecture à ses collègues de la Société nationale de médecine de Lyon.

Elle consiste à pratiquer l'ouverture et l'évacuation du thrombus par le procédé suivant :

1° Incision de la tumeur sanguine du côté du vagin;

2° Placer deux drains : l'un émergeant dans le vagin, l'autre au niveau de la saillie fessière;

3° Provoquer l'accolement rapide des parois de la poche du thrombus par le tamponnement vaginal au moyen de la gaze à l'iodoforme. Pansement absolument occlusif.

Cette méthode réalise autant que possible l'antisepsie de la région vulvo-génitale; à preuve la diminution de la fièvre, la réunion par première intention et la guérison en deux septenaires. S. D.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 *novembre* 1890.

Présidence de M. le Dr Nicaise

De l'hystérectomie abdominale pour fibromes. — M. Routier n'accueille qu'avec beaucoup de réserve les statistiques des guérisons de fibromes utérins par le traitement électrique. En effet, un certain nombre de malades qui avaient été annoncées comme guéries, revues par lui, ne présentaient aucune amélioration. D'autres, au contraire, qui avaient suivi le traitement électrique, n'avaient pas de tumeurs. D'autres enfin, étaient atteintes de lésions étrangères à l'utérus; tel est l'exemple de cette jeune fille qui subit 38 séances d'électrolyse pour une salpingite purulente que M. Routier enleva après laparatomie; telles sont ces observations de myomes compliqués d'ovaires kystiques, d'hématocèles, de trompes adhérentes à l'utérus dans lesquelles il dut faire la même opération. L'électrolyse est donc fort souvent appliquée après un diagnostic incomplet ou incertain, et de plus dans les cas favorables, donne des résultats insuffisants.

Au point de vue thérapeutique, M. Routier divise les fibromes utérins en trois catégories.

La première comprend les gros fibromes qui s'étendent au-dessus de l'ombilic, compriment les organes pelviens et, de ce fait, déterminent des accidents graves. L'hystérectomie est nécessaire; mais si pour une cause quelconque l'extirpation radicale est reconnue impossible, il pratique la double castration, opération suffisante pour amener le retrait de la tumeur et la cessation des métrorrhagies. Dans l'hystérectomie abdominale, il cautérise avec le thermo-cautère la cavité utérine, fixe le pédicule à l'extérieur sans laisser de broche de fer, cautérise de même le moignon qu'il fixe solidement dans le pansement. Une escharre sèche se forme à sa surface, jamais il n'a eu de complication de ce chef. Sur 12 hystérectomies faites dans ces conditions, il a eu 11 guérisons et une mort.

La deuxième catégorie comprend les fibromes qui s'accompagnent de métrorrhagies abondantes. La castration dans ces cas donne d'excellents résultats : les hémorragies cessent comme par enchantement, on observe le retrait de la tumeur, la disparition des douleurs. Si le fibrome est flottant dans la cavité abdominale, il est facile de l'enlever. M. Routier réduit alors dans le ventre le pédicule toujours peu volumineux. Il a obtenu 14 guérisons sur 14 opérées de cette catégorie.

Le troisième et dernier groupe comprend les fibromes petits et gros qui ne gênent pas les malades, ne déterminent pas de troubles sérieux. Tous les traitements médicaux réussissent dans ces cas. M. Routier emploie les préparations toniques, le fer, le quinquina, les bains salés, l'ergotine au moment des règles. Il n'a qu'une confiance modérée dans l'électrolyse.

M. Prengrueber communique les observations de deux malades atteintes de fibromes utérins, chez lesquelles les accidents cessèrent après la castration ovarienne. L'une est particulièrement intéressante : il s'agit d'une femme de 43 ans, chez laquelle les premiers troubles apparurent au mois de juillet 1889. Le ventre grossit rapidement, les mictions devinrent difficiles; des métrorrhagies abondantes se produisirent C'est alors qu'elle entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Tillaux, suppléé par M. Prengrueber; elle était dans un état lamentable : œdème des membres inférieurs par compression pelvienne vasculaire, douleurs profondes dans le bassin, rétention d'urine... Une tumeur fibreuse énorme remplissait toute l'excavation pelvienne et faisait saillie jusque dans le vagin. La vessie, très distendue, remontait jusqu'à l'ombilic. M. Prengrueber fit la laparotomie et trouva une volumineuse tumeur développée dans la partie supra-vaginale du col, et enclavée dans le petit bassin. Le pédicule de cette tumeur étaut très large, il ne songea pas à l'enlever, mais à réduire l'enclavement pour empêcher la compression des organes pelviens. Après avoir remonté la tumeur et l'avoir rendue mobile dans le bassin, il fit une double castration. La malade guérit et fut débarrassée de tous ses accidents. Cette observation montre que la castration empêche le retour des hémorragies, et que l'enclavement des tumeurs n'est pas une contre-indication de cette opération.

M. Segond ne croit pas, contrairement à l'opinion de M. Richelot, que le pronostic de l'hystérectomie abdominale soit semblable à celui de l'ovariotomie, il est au contraire beaucoup plus grave. Les chirurgiens en sont tellement convaincus que le nombre des hystérectomies est bien moins considérable que celui des ovariotomies. En ce qui le concerne, il a fait 17 laparotomies pour fibromes graves. Il en excepte les castrations, les fibromes des ligaments larges, les kystes de l'ovaire compliqués de tumeur fibreuse. Dans ces 17 hystérectomies il s'agissait de gros fibromes remplissant une partie de l'abdomen; il a eu 10 guérisons et 7 morts. Ces insuccès démontrent bien la gravité du pronostic général de l'hystérectomie abdominale.

Si l'on analyse ces observations au point de vue de la gravité des cas, on y voit que cinq de ces femmes présentaient outre la tumeur utérine, une infiltration des ligaments larges et une généralisation du néoplasme dans le péritoine : hystérectomie supra-vaginale et traitement externe du pédicule. Ces cinq malades sont mortes après l'opération.

Chez les 12 autres malades, il s'agissait de fibromes volumineux, mais inclus tout entiers dans l'utérus sans infiltration vers les ligaments larges ou généralisation dans le péritoine. Ces opérations furent mieux réglées; cependant M. Segond eut 10 guérisons et 2 morts. L'une a succombé à des accidents cérébraux avec hémiplégie, l'autre à une péritonite déterminée par le sphacèle du pédicule qui avait été rentré dans le ventre. C'est le seul cas dans lequel M. Segond ait réduit le pédicule :

Digitized by Google

tous les autres ont été traités à l'extérieur après la ligature élastique.

Ces observations montrent que rien n'est plus variable que l'hystérectomie abdominale et son pronostic. Sa bénignité dans des cas bien limités peut être comparée à celle de l'ovariotomie, mais il ne saurait en être de même dans une proposition aussi générale que celle de M. Richelot.

M. Championnière. — La mortalité de ces deux opérations n'est pas comparable. Quoiqu'il ait une certaine habitude de la chirurgie abdominale, il n'y a pas eu de très bons résultats de l'hystérectomie totale, c'est pourquoi il applique l'électricité ou la castraction dans les cas où l'hysterectomie lui paraît dangereuse. Le traitement du pédicule est l'une des grosses difficultés de cette opération.

M. Bouilly. — On compte par petit nombre les hystérectomies, tandis que celui des ovariotomies est beaucoup plus élevé. Cependant l'hystérectomie totale a beaucoup diminué de gravité dans ces derniers temps; son pronostic, tout en restant sévère, n'a plus rien d'effrayant. Quand les traitements palliatifs ont échoué, il faut se décider à cette opération. On peut d'ailleurs l'aborder avec plus de confiance, car la technique et l'habileté opératoires se sont heureusement modifiées par des progrès récents.

Traitement de la fistule recto-vaginale. — M. Segond fait un rapport sur un nouveau procédé opératoire, adopté par M. Félizet, il y a cinq ans. Il consiste : 1° à dédoubler le périnée au devant de l'anus, jusqu'au trajet fistuleux; 2° à introduire une sonde canelée au travers de cette incision jusqu'à l'orifice anale de la fistule que l'on fait ressortir par l'anus, et à inciser toute la partie du rectum ainsi isolée, comme s'il s'agissait d'une fistule à l'anus. On laisse se cicatriser toutes les parties divisées sans faire de sutures, comme dans le traitement de la fistule anale. Dans le cas de M. Felizet, la guérison a été obtenue en un mois. Ce procédé est surtout utilisable pour les fistules bas situées dans le vagin.

Dr H. Marcigüey.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 *novembre* 1890

Présidence de M. le Dr Dumontpallier

Péritonite à pneumocoques. — M. Galliard communique un cas de péritonite à pneumocoques, analogue à celui que M. Debove a rapporté cette année dans la même société. Il s'agit d'une jeune fille de 12 ans, entrée le 1er août dernier dans le service de M. Galliard, à l'hôpital Trousseau. Née de parents bien portants, elle présente comme antécédents personnels une fluxion de poitrine à 3 ans, une rougeole, des bronchites fréquentes, un coup de pied reçu dans la ventre il y a un an. un écoulement vulvo-vaginal consécutif à un viol; enfin elle éprouve de temps en temps des coliques. Six jours avant son entrée à l'hôpital elle a ressenti dans le flanc gauche une douleur vive qui n'a pas tardé à irradier dans tout l'abdomen. Depuis elle a eu quelques vomissements et une épistaxis. Il n'est donc point surprenant qu'au moment de son entrée dans le service, on ait pensé à la dothiénenterie, d'autant plus que l'ensemble des phénomènes indiquait un état typhoïde au début : langue sèche, fuligineuse, anorexie, sècheresse de la peau, fièvre continue, T. 40°; à peine quelques râles de bronchite disséminés dans la poitrine; rien aux sommets, pas d'albuminurie. M. Galliard prescrivit des lotions vinaigrées, des lavements froids et l'usage de la quinine. Les jours suivants, la température abaissée oscilla autour de 38°, mais il n'y eut pas d'amélioration de l'état général et local. Le ventre restait douloureux à la pression, sans voussure ni saillie prédominante en aucune région; on notait plutôt une légère submatité coïncidant avec un ballonnement général. Il ne pouvait plus être question d'une fièvre typhoïde, on porta dès lors le diagnostic de péritonite avec fausses membranes, sans rien préjuger de l'origine de la maladie. Le traitement devint purement symptomatique : onctions chloroformées et belladonées, cataplasmes sur le ventre.

11 *août.* — Le diagnostic s'affirme de plus en plus dans le sens d'une péritonite. La matité, plus accusée à la partie inférieure du ventre, indique un commencement d'ascite.

Les poumons sont indemnes de lésion tuberculeuse. Un souffle systolique à la pointe et un bruit râpeux à la base du cœur font penser au début d'une péricardite tuberculeuse.

19 *août.* — La fluctuation anitique est perçue dans tout l'abdomen. On note un frottement et un frémissement péricardiques à la base du cœur ; enfin la malade présente des signes de pleurésie sèche. L'état général est peu satisfaisant ; pas d'albuminurie ni d'œdème des membres inférieurs.

25 *août.* — L'épanchement abdominal est devenu tel, qu'une intervention devient nécessaire. M. Jalaguier, pensant que peut-être il existe une corrélation entre la péritonite et l'affection vulvo-vaginale, pratique la laparotomie, et tombe dans un vaste foyer purulent limité par l'épiploon et les anses intestinales adhérentes, sans communication avec le reste de l'abdomen. Des irrigations très abondantes sont faites avec l'eau boriquée.

Cependant la situation ne fut pas améliorée par cette opération et la malade succomba le 31 août.

A l'autopsie, outre le foyer bien localisé dont nous avons parlé, on trouve un second abcès au-dessus du foie, et une collection purulente péri-splénique qui n'avaient pas été ouverts. Il n'existait aucune lésion de l'appendice cœcal, aucune trace de tuberculose péritoneale, ni pulmonaire. Dans le péricarde existait un épanchement séreux, sans tubercules. L'examen du pus, pratiqué par M. Netter, y fit constater la présence de nombreux pneumocoques qui avaient rempli le rôle d'éléments pathogènes. Mais la porte d'entrée de ces germes ne peut être découverte. L'affection vulvo-vaginale était restée étrangère à la péritonite, car s'il en eût été autrement, on aurait découvert dans le pus des gonocoques et non des pneumocoques.

Traitement du myxœdème par la greffe thyroïdienne. — M. Merklen. — On sait que l'absence ou la disparition morbide et chirurgicale du corps thyroïde est le trait commun qui réunit toutes les formes de myxœdème, qu'il s'agisse du myxœdème des adultes (cachexie pachydermique de Charcot), du myxœdème opératoire de Reverdin, de l'idiotie avec cachexie pachydermique de Bourneville et Bricon. Des phénomènes semblables à ceux du myxœdème humain sont produits chez les animaux par la thyroïdectomie, ainsi que l'ont démontré les expériences de Horsley, de Schiff. C'est en pratiquant ses recherches sur les fonctions du corps thyroïde que Schiff est arrivé à faire ses premiers essais de greffe thyroïdienne chez l'animal. Il a établi ainsi que la fonction hématopoiétique de la glande thyroïde était indépendante de sa situation anatomique ; c'est-à-dire, que la greffe thyroïdienne faite soit dans le péritoine soit sous la peau, jouait le même rôle qu'une glande thyroïde normale et empêchait la mort de l'animal.

L'application de ces recherches à la pathologie humaine a été faite plusieurs fois avec succès à l'étranger ; on se sert pour cela d'une glande thyroïde de mouton que l'on greffe sous la peau aussitôt après l'avoir enlevée sur l'animal vivant. Les premiers auteurs qui aient fait cette opération en France sont MM. Lannelongue et Legroux pour un cas de myxœdème avec idiotie. Leurs résultats n'ont pas encore été publiés. Elle a été pratiquée de nouveau par M. Walther sur une malade du service de M. Merklen atteinte de myxœdème. Il s'agit d'une femme de quarante-deux ans, presque naine chez laquelle l'af-

Digitized by Google

fection a débuté il y a douze ans. Elle présentait, lors de son entrée dans le service, le 16 avril, tous les attributs extérieurs du myxœdème avec infiltration des téguments; l'intelligence était à peine suffisante, la parole lente; très apathique, elle ne se déplaçait que difficilement, Enfin elle était sujette à des épistaxis et surtout à des métrorrhagies qui duraient plusieurs mois et contre lesquelles tous les moyens médicaux étaient inutilement employés. Disons de plus qu'il était impossible de constater la présence du corps thyroïde.

Les métrorrhagies duraient donc depuis le 16 avril, date de son entrée à l'hôpital, lorsque le 3 septembre M. Walther, sur la demande de M. Merklen, greffa sous le sein droit de cette malade la moitié de la glande thyroïde d'un mouton, suivant l'asepsie la plus rigoureuse, mais sans employer les procédés antiseptiques. La plaie se réunit par première intention. Les hémorragies cessèrent trois jours après l'opération et ne se sont plus reproduites. La bouffissure de la face, l'infiltration des tissus ont diminué, la marche est plus facile, la parole moins lente. Il est nécessaire de faire remarquer que cette amélioration des symptômes apparaissait après la cessation des métrorrhagies. M. Merklen n'en considere pas moins avec raison que la greffe thyroïdienne a fait cesser les hémorragies. Le nombre des globules rouges a augmenté d'un million environ par millimètre cube. Lorsque l'on palpe la région sous-mammaire droite chez cette malade, on sent encore une nodosité qui correspond au point où la glande thyroïde a été greffée, elle ne paraît donc pas s'être résorbée.

M. Ballet présente un homme atteint de paralysie faciale hystérique.

H. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 novembre 1890
Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

M. Olivier lit son rapport sur le prix Godard.

M. Vidal lit son rapport sur le prix de l'Académie.

M. Potain lit son rapport sur le prix Lefèvre.

De la dépopulation de la France. — M. Hardy est resté sous le charme du discours de M. Lefort. Cependant il n'est pas de son avis sur différents points. Dans la discussion, il y a une partie incontestable; il est évident que notre population ne croit pas dans les mêmes proportions que dans les autres pays. M. Hardy le reconnaît, mais il hésite devant les divergences d'opinion sur les causes de cette diminution de la natalité et sur les moyens qu'on propose pour la combattre.

Les causes de cette diminution sont multiples et toutes ne sont pas bien connues. M. Hardy croit à l'influence de la race, à celle de la civilisation, à l'habitude du bien-être, à l'abandon de la campagne pour le séjour de la ville, à l'affaiblissement des idées morales et religieuses. La race française est aussi prolifique que l'anglaise et l'allemande. En Suisse, pays composé de plusieurs nationalités, dans les cantons voisins de la France, où la race est la même que chez nous, le mouvement de la population est à peu près le même qu'en France. A Genève, en 1878, il y a eu 1,474 naissances et 1,477 décès; en 1887, il y a eu 1,444 naissances et 1,542 décès. A Fribourg, en 1887, il y avait 3 décès de moins que de naissances. C'est donc un état pire que chez nous. Au contraire, dans les cantons allemands, à Berne, par exemple, en 1888, il y a eu 1,474 naissances et 1,162 décès. En Belgique, dans le pays wallon voisin de la France, la natalité est plus faible que dans les cantons flamands.

La natalité française est plus faible que celle des autres pays depuis longtemps. Le fait était signalé dès 1822 par de Humboldt. Plus on s'éloigne de la nature, moins on a d'enfants. Ce qui se passe en France tend à s'établir en Angleterre et en Ecosse. En France, la natalité est plus forte dans les départements moins avancés en civilisation et en richesse.

L'augmentation du nombre des ouvriers dans les villes est une grande cause de diminution de natalité. Le mariage et la paternité met, dans les villes, des charges au-dessus des moyens des petits commerçants et des employés. Enfin, l'abandon des idées religieuses est plus fréquent dans les villes que dans les campagnes.

Pour les remèdes à apporter à cet état de choses, M. Hardy se sépare de MM. Lefort, Lagneau et Javal. Il soutient que l'Académie n'est pas compétente dans les questions de lois. M. Lagneau propose de faciliter les mariages en permettant aux jeunes filles, au-dessous de 21 ans, de se marier sans le consentement de leurs parents.

M. Hardy ne croit pas que, avec l'éducation de nos filles, celles-ci soient bien à même de choisir leurs maris avec discernement. La recherche de la paternité préconisée par M. Lefort est incertaine, difficile, et le naif paie pour le coupable.

Le grand cheval de bataille de la plupart des orateurs pour expliquer la dépopulation, c'est la suppression de la liberté de tester. M. Hardy trouve, au contraire, que le partage égal des biens entre tous les enfants est une des plus grandes iniquités de 1789. M. Hardy cite en outre la Belgique, la Hollande, l'Italie, la Suisse, où les lois sur le partage des biens sont les mêmes que chez nous et où, cependant, la natalité augmente, M. Hardy croit que, dans un grand nombre de cas, le défaut de natalité tient à la volonté des parents qui ne veulent pas d'enfant, à cause des embarras qu'ils causent et pour conserver leur bien-être.

Quant à l'impôt sur les célibataires, proposé par M. Lagneau, M. Hardy s'y oppose. On doit avoir le droit de se marier ou non. Un grand nombre de gens ne peuvent se marier et font mieux de rester célibataires. M. Javal attaque les impôts de consommation. M. Hardy ne voit pas le rapport qu'il peut y avoir entre ces impôts et la diminution de la population. Il est disposé à les défendre, car ils portent surtout sur des objets qui ne sont pas nécessaires à la vie.

Ce n'est pas aux lois qu'il faut s'en prendre de la diminution de la natalité. Elle tient à des causes qu'on ne peut modifier. Il ne faut pas proposer des mesures législatives qui pourraient avoir de grands inconvénients. Il vaut mieux lutter contre la mortalité. Il y a beaucoup à faire pour la protection de la première enfance et, sur ce sujet, l'Académie est sur son terrain. Il faut fournir une assistance plus complète aux enfants, il faut appliquer plus rigoureusement la loi Roussel.

M. Hardy n'est pas pessimiste. Il croit qu'on a exagéré l'influence de la diminution de la natalité. Il espère qu'il arrivera un moment où les nations européennes se lasseront d'entretenir des armées formidables et où la loi du nombre ne sera pas toute puissante. L'intelligence comptera pour quelque-chose. Si nous ne pouvons pas être les plus nombreux, tâchons d'être les plus et les mieux instruits.

M. Javal se félicite du discours de M. Hardy. Il y a cinq ans, celui-ci niait absolument l'influence de la volonté sur la natalité. Aujourd'hui il a fait un grand pas. F. R.

INFORMATIONS

FRANCE

Paris. — **La suppression de l'officiat et la Chambre des députés.** — La Commission parlementaire chargée du projet de loi sur l'exercice de la médecine vient d'adopter le rapport de notre honorable confrère, M. le Dr Chevandier.

La suppression de l'officiat de santé aurait pour corollaire les dispositions suivantes de transition :

Les officiers de santé actuellement en exercice et ceux reçus

Digitized by Google

dans les conditions de l'article 4 auront le droit d'exercer la médecine sur tout le territoire de la République.

Ils resteront soumis à l'obligation de se faire assister par un docteur en médecine, hormis le cas d'urgence, dans les grandes opérations chirurgicales ou obstétricales.

Un règlement d'administration publique en dressera la liste.

Les élèves en médecine qui, au moment de la promulgation de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'officiat de santé, pourront continuer leurs études médicales suivant les règles précédemment en vigueur et obtenir le diplôme d'officier de santé et exercer leur profession dans les conditions de la loi nouvelle.

Le Conseil municipal et l'administration de l'Assistance publique. — Parmi les conclusions du rapport que M. Straus vient d'adresser au Conseil municipal sur le budget de l'Assistance publique et sur lesquelles ce dernier doit délibérer nous signalons les suivantes. Elles invitent l'administration :

1° A préparer le projet d'aménagement de deux postes casernes ou hospices de vieillards ; la création d'un hôpital dispensaire d'enfants dans le nord-ouest de Paris.

2° A soumettre à l'avis du conseil de surveillance d'une part et des médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux de l'autre ; le double projet de la réorganisation des consultations externes et de l'enseignement pratique hospitalier.

ÉTRANGER

Russie. — **L'association mutuelle des médecins russes.** — Cette société récemment fondée à St-Pétersbourg ne propose pas seulement de satisfaire à la charité et à la solidarité professionnelles. Elle promet d'établir prochainement un tribunal d'honneur, chargé de surveiller l'exercice de la pratique médicale parmi ses membres et de reprimer tout acte contraire à la dignité ou à l'honneur de la profession.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Nominations dans le corps de santé de la marine (activité). — *Au grade de médecin en chef* : M. le médecin principal Bonnafy.

Au grade de médecin en chef de 2e classe : M. Grall.

Au grade de médecin principal : les médecins de 1re classe : Frison, Caradec, Maurin, Boissade, Prunet et Clarac.

Au grade de médecin de 1re classe : MM. Guérin, Mondon, Rousselot-Benaud, Renaud, Crossouard et Marchoux.

Nominations dans le corps de santé des colonies. — *Au grade de médecin de 2e classe* : MM. Cailliot, Neirit, Devaux, Logerais, Vincent, Quennec et Pierre.

VARIÉTÉS

La prophylaxie de la variole en Australie. — Les Australiens sont de féroces hygiénistes. Quand un cas de variole ou suspecté tel se déclare, le médecin du malade ou le propriétaire de l'immeuble doit, sous peine d'une amende de 150 à 1,260 francs, informer les autorités sanitaires. Celles-ci mettent la maison en quarantaine, ainsi que tous ses habitants et toutes les personnes de l'entourage du malade.

Ce dernier, et les personnes suspectes sont administrativement transportés dans un hôpital placé hors de la ville ou dans des logements isolés. Ils habitent, — ne fussent-ils point contagionnés, — le lazaret durant vingt et un jours. Au reste, le gouvernement leur accorde une indemnité de séjour.

On attribue à ces mesures, la rareté de la variole en Australie. Ne faudrait-il pas aussi l'attribuer à l'usage de l'obligation de la vaccination ?

Ces mêmes mesures sont appliquées, ce qui s'explique, aux équipages des navires dont les passagers sont atteints de variole.

Ministre des finances et rebouteur. — Il y a des faits divers qui sont, paraît-il, étonnants, puisqu'un de nos estimés correspondants nous écrit pour nous les rappeler. Lisez plutôt ! si vous ne l'avez déjà lu ailleurs. C'est un extrait du *Temps* et du *Matin*, journaux bien en cours, ce semble, et généralement bien informés :

« M. Rouvier, ministre des finances, a été victime, dernièrement, d'un accident qui, heureusement, n'aura pas de suites graves. M. Rouvier faisait la promenade qu'il a l'habitude de faire chaque matin au bois de Boulogne, quand, en face du Pavillon chinois, son cheval trébucha sur un caillou. M. Rouvier tomba sur le côté droit, et, dans sa chute, se démit le pied droit.

» Reconduit à son domicile, rue de la Tour, il fit appeler son médecin, qui vint accompagné d'un rebouteur. C'est ce dernier qui réduisit la luxation.

» M. Rouvier est tout à fait remis et sortira demain. »

Sous le dernier gouvernement, l'empereur avait des chirurgiens ordinaires. Ils s'appelaient Nélaton et Ricord, ajoute notre correspondant. Aujourd'hui, le ministre des finances de la République française se contente de posséder son rebouteur. Quel progrès ?

« Serait-ce, par hasard, ce même rebouteur, politicien émé-
» rite, qui faisait figure dans les Comités électoraux des der-
» nières élections parlementaires, que les tribunaux n'ignorent
» point et que l'aventure, ou plutôt la mésaventure boulan-
» giste utilisait ? On se le demande, avec quelque intérêt, au
» moment où le ministère, dont M. Rouvier fait partie, a déposé
» sur le bureau de la Chambre, un projet de loi sur l'exercice
» de la médecine.

La politique les divisait ; grâce au patronage d'un des médecins ordinaires du ministre, le reboutage les a unis !

Encore le martyrologe de la psychiatrie. — Huit jours après l'accident arrivé à notre distingué confrère M. Ritti, et dont nous parlions dans un de nos derniers numéros, M. le Dr Mordret, médecin en chef de l'asile d'aliénés du Mans, a été frappé à sa visite du matin, par un aliéné, de deux coups de tranchet de cordonnier bien emmanché; 2 à 3 centimètres de fer dans les muscles du dos et externes de la cuisse. Heureusement aucun organe important n'a été touché, et, après quatre jours de repos, notre confrère a pu reprendre son service.

Quant à l'aliéné, auteur de l'agression, c'était un malade fort tranquille, un peu sombre depuis une dizaine de jours; il était, sans qu'on le sût, obsédé par la pensée de faire un acte qui obligeât à le traduire en cour d'assises; il n'a rien trouvé de mieux, pour cela, que de frapper son médecin de deux coups de tranchet.

Ce nouveau fait prouve une fois de plus que les médecins aliénistes courent, journellement, de grands périls, dans l'exercice de leur délicate profession.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Eckert (de Cercieux), et Marec, ancien médecin principal de la marine.

En Norvège : M. le Dr Dahl, directeur du service sanitaire et président du dernier Congrès de l'alcoolisme.

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE N° 48 26 NOVEMBRE 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, CHAPUT, DEMELIN, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWALTZ

AVIS

Prime à nos abonnés. — Vers le 15 décembre prochain paraîtra, à l'intention de nos abonnés *anciens* et *nouveaux*, un volume de 350 pages environ (cartonné, format in-18), ayant pour titre :

LES MEMENTOS THÉRAPEUTIQUES DES PRATICIENS

Ce volume, indispensable au praticien, dont il sera le *vade mecum*, est rédigé par des médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux de Paris. Il contient, de plus, un **formulaire raisonné**, et répond au programme que la REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE poursuit plus que jamais :

De la pratique, encore de la pratique, et toujours de la pratique.

Prix du volume : 5 francs.

Prix de faveur, *pour nos abonnés anciens et nouveaux* : 2 fr. 50, livré dans nos bureaux ; et, par la poste, le port en plus.

Dès à présent, l'administration du journal accepte et sert les abonnements partant du 1er janvier 1891.

Elle prie MM. les souscripteurs, dont l'abonnement expire le 31 décembre prochain, de vouloir bien lui faire parvenir, par mandat-poste, le renouvellement de leur abonnement.

CLINIQUE MÉDICALE

Le « Signe de Müller » dans l'insuffisance aortique

Il y a quelques mois, M. Frédéric Müller a décrit, sous l'appellation impropre de *pulsation du palais*, un signe nouveau de l'insuffisance aortique, caractérisé par un mouvement rhythmique du voile du palais et des amygdales, ainsi qu'une rougeur de ces parties, en synchronisme parfait avec la systole cardiaque.

Voici en quels termes l'auteur décrit (*Charité-Annalen*, p. 247, 1889) ce phénomène curieux : « Chez une domestique de 22 ans, atteinte d'insuffisance aortique compliquée d'insuffisance pulmonaire, on constata... un mouvement rhythmique du palais. Les amygdales, comme les piliers postérieurs, se soulevaient vers la ligne médiane à chaque pulsation carotidienne. On voyait également une pulsation sur le voile du palais, pendant que son bord libre, avec la luette, était poussé en bas. Il en résultait qu'à chaque battement, l'isthme du gosier était rétréci en raison du rapprochement des amygdales et des piliers, comme de l'abaissement de la luette et du voile du palais. En même temps, on constatait une augmentation rhythmique de la rougeur du palais. Le même phénomène fut recherché chez les malades atteints d'insuffisance aortique et constaté chez trois d'entre eux... Comme explication, on pourrait songer à un mouvement transmis aux amygdales et aux piliers par la pulsation carotidienne exagérée. Mais cette explication tombe devant le fait de la pulsation et de l'abaissement du bord libre du voile du palais et de la luette... Le phénomène est plutôt comparable au pouls capillaire des ongles, du front et des inflammations de la peau (acné, érysipèle, etc.) »

On sait que le pouls capillaire est un phénomène clinique décrit, en 1868, par Quincke, puis signalé en France par Gripat (1873), Grandclément, de Lyon (1874), et par Ruault, dans un important travail (1883). Plus récemment, Conte (1890) a consacré sa thèse inaugurale à la même étude. Le pouls capillaire, qu'il n'est point rare d'observer chez les malades atteints d'insuffisance aortique, est caractérisé par des alternatives de rougeur et de pâleur des tissus, isochrones à la systole et à la diastole cardiaques ; on le rencontre spécialement sous les ongles des doigts de la main, sur la rétine et sur la muqueuse labiale inférieure. On peut le provoquer, sur la peau du front, par exemple, par le frottement avec l'ongle ; on produit ainsi une tache vaso-motrice, sur laquelle on voit apparaître la rougeur rhythmique, pathognomonique du pouls capillaire.

Le « Signe de Müller », qui présente une analogie frappante avec les phénomènes que nous venons de rappeler, est soumis, comme tous les actes d'ordre vasculaire, à des influences nerveuses multiples, qui le font varier à l'infini et l'empêchent de s'offrir, à chaque instant, chez le même sujet, avec une égale netteté. Pour le bien observer, il est nécessaire de résumer certaines conditions, que A. Mathieu (*Th. Paris*, 1890) a relevées avec soin. On l'étudiera de préférence chez le malade, alors qu'il vient de se livrer à quelque exercice, par exemple, de se mettre au lit après s'être déshabillé rapidement. On introduit l'abaisse-langue avec précaution, afin d'éviter les mouvements spasmodiques des muscles du pharynx et de l'isthme du gosier et on déprime la base même de la langue pour découvrir, dans toute sa hauteur, la région tonsillaire.

Digitized by Google

On découvre ainsi : 1° les battements amygdaliens, synchrones à la systole cardiaque : pouls amygdalo-carotidien (Huchard) qui a pour origine le soulèvement de l'amygdale par la pulsation de la carotide sous-jacente ; 2° les mouvements de rapprochement des piliers du voile du palais, principalement les piliers postérieurs ; 3° les oscillations synchrones de la luette ; 4° les changements de coloration, c'est-à-dire le véritable pouls capillaire. Ce dernier s'observe principalement à la limite de la luette et du voile palatin, là où la teinte rosée ou violacée normale de la luette fait place à la coloration, plus pâle, de la muqueuse palatine.

Deux phénomènes résument le « Signe de Fr. Müller » dans l'insuffisance aortique : des changements de coloration de la muqueuse pharyngée, c'est-à-dire un véritable pouls capillaire pharyngien visible, et des mouvement de la région amygdalo-palatine, en synchronisme parfait avec la systole cardiaque.

La physiologie pathologique du pouls capillaire pharyngien ressort entièrement de celle du pouls capillaire en général, telle qu'elle a été formulée par M. Potain et par M. François-Franck. A l'état normal, le mouvement interrompu, saccadé, du liquide sanguin, lancé dans le système artériel par le ventricule, et qui constitue la pulsation, est transformé en mouvement continu (visible seulement à l'extrémité des fines artérioles) par l'élasticité des parois artérielles. Or, si une cause quelconque vient à annihiler cette propriété physiologique des artères, le mouvement saccadé, c'est-à-dire la pulsation sanguine, se fait vivement sentir jusque dans les réseaux capillaires et même jusque dans les ramuscules veineux. Quant aux causes premières qui diminuent ou suppriment totalement l'élasticité artérielle, ce sont principalement les lésions des parois vasculaires, les troubles multiples des vaso-moteurs, ou encore des modifications dans la tension sanguine.

Or, dans l'insuffisance aortique, contrairement à l'opinion accréditée, il se produit un spasme tonique permanent des parois artérielles, qui détruit toute leur élasticité (Franck) ; dans ces conditions, on voit apparaître, à la périphérie, le pouls capillaire visible. Celui-ci est surtout manifeste sur la rétine, à cause de la transparence des milieux de l'œil, au front, parce que la tache vaso-motrice est facile à déterminer à cause de la régularité de l'os frontal et dans le derme sous-unguéal, où les capillaires, très gros, forment de véritables bouquets vasculaires. On comprend maintenant pourquoi Müller a vu si nettement les alternatives curieuses du pouls capillaire sur l'isthme du gosier : sa malade avait une angine érythémateuse avec gonflement et rougeur vive de la région ; à la disparition des accidents inflammatoires, le pouls capillaire, encore visible, fut plus difficile à dépister.

Outre le pouls capillaire, on observe encore dans le « signe de Muller », des battements généralisés à tout l'isthme du gosier, sur les amygdales, les piliers du voile du palais et la luette elle-même. On sait combien il est fréquent dans l'insuffisance aortique de voir, ainsi que Corrigan lui-même l'a montré dès 1832, des battements exagérés des artères, ébranlant parfois la tête du malade, et dessinant sous la peau des flexuosités anormales. C'est pourquoi, parmi ces battements de l'isthme du gosier, les uns ne sont simplement que le soulèvement de l'amygdale et de la base des piliers du voile du palais, par la pulsation carotidienne ; c'est le pouls amygdalo-carotidien. Les autres battements paraissent appartenir exclusivement au voile du palais et à la luette et seraient la conséquence de véritables battements artériolaires, locaux, coexistant avec le bondissement des carotides. Cette opinion, cependant, n'est point admise par tous, et quelques auteurs regardent les battements du voile du palais, comme une sorte de pouls d'emprunt, venant de la pulsation amygdalo-carotidienne.

Jusqu'ici le « signe de Muller » n'a été rencontré que dans l'insuffisance aortique ; Merklen, qui l'a observé également, ne l'a noté que dans cette affection. Toutefois, il est bon de remarquer que le phénomène n'est point constant, le pouls capillaire et les battements de l'isthme du gosier s'atténuent et disparaissent même totalement.

Muller attribue au signe qu'il a décrit une valeur séméiologique analogue à celle du pouls capillaire. En parlant ainsi, il ne s'aperçoit point qu'il diminue considérablement la valeur clinique du phénomène, car le pouls capillaire est commun à un assez grand nombre d'affections : insuffisance aortique, néphrites, chlorose, fièvre typhoïde, pneumonie, tabes dorsal, paralysie générale. Au contraire, les pulsations de l'isthme du gosier ont une valeur autrement grande ; elles sont le propre d'une certaine forme d'insuffisance aortique (forme pulsatile).

Le « signe de Muller » quand il est bien net, peut aider à formuler d'une façon ferme un diagnostic un peu hésitant. On sait, par exemple, que M. Potain a signalé des souffles extra-cardiaques diastoliques chez des rhumatisants, des chlorotiques, des typhiques. Ces souffles sont parfois si intenses que le diagnostic peut rester indécis durant quelque temps. Dans des cas semblables, l'existence du pouls capillaire du pharynx pourrait être d'une utilité incontestable.

En résumé, le pouls capillaire visible du pharynx avec pulsation amygdalo-palatine, est un signe à ajouter aux phénomènes d'ordre secondaire déjà connus, qu'on rencontre dans l'insuffisance aortique. Sans lui accorder une valeur exagérée, il est certain qu'il mérite de prendre rang dans l'histoire clinique de cette maladie, et d'être recherché avec soin au lit du malade par tous les cliniciens.

Dr Ernest Barié.
Médecin des hôpitaux.

Digitized by Google

REVUE GÉNÉRALE

OBSTÉTRIQUE

Des névralgies pendant la grossesse et la puerpéralité

La grossesse imprime à l'organisme féminin d'importantes modifications ; elle retentit sur l'état général, en même temps qu'elle intéresse la plupart des organes en particulier.

Ainsi, parfois, le système nerveux, déjà si impressionnable chez beaucoup de femmes, acquiert pendant la gestation une sensibilité pathologique qui se traduit de diverses manières et spécialement par des névralgies.

Ces douleurs dépendent tantôt des troubles apportés dans la nutrition générale, sans autre point de départ, tantôt, au contraire, elles sont symptomatiques de certains états purement locaux.

L'utérus, les ovaires, les articulations du bassin, etc., deviennent l'origine de névralgies qui siègent dans leur voisinage ou à distance.

Dans ce groupe figurent les *névralgies dites réflexes*.

L'accouchement ne se fait pas sans s'accompagner d'efforts plus ou moins violents, de contusions et de compressions plus ou moins marquées. De là des *névralgies de cause directe*.

A côté d'elles, on observe enfin, pendant les suites de couches, des névralgies qui sont dues principalement à la septicémie puerpérale, *de cause infectieuse*, par conséquent.

Il y a donc lieu d'étudier la séméiologie des névralgies pendant la grossesse et pendant la puerpéralité.

Au début de la gestation, les céphalalgies, les douleurs dentaires, les migraines se rencontrent souvent. Il en est de même de certaines sensations de chaleur ou de froid occupant surtout les extrémités et exprimant un degré plus ou moins prononcé d'hypéresthésie cutanée.

Du quatrième au septième mois, la santé est ordinairement bonne, mais dans le dernier trimestre reparaissent divers troubles de la sensibilité et, en particulier, des douleurs abdominales, inguinales, lombaires variables d'intensité comme de tenacité. Pour apprécier si elles siègent dans la peau ou, au contraire, dans les organes profonds, MM. Tarnier et Budin préconisent le procédé d'exploration qui consiste à faire un pli de quelque épaisseur aux téguments de manière à les tenir seuls entre les doigts à l'exclusion des tissus sous-jacents S'il y a vraiment névralgie, cette manœuvre éveille une sensation pénible qui n'existe pas dans le cas contraire. Par exemple, on distinguera, par ce moyen, la névralgie lombo-abdominale de l'hypéresthésie ovarique occupant de préférence le côté gauche, et sur laquelle MM. Budin et Chaignot ont attiré l'attention.

Mais il ne suffit pas d'avoir localisé le symptôme douleur, il faut encore en rechercher la cause immédiate. La névralgie lombo-abdominale reconnaissable à ses points classiques, est quelquefois idiopathique, bien plus souvent, elle accompagne le *relâchement des articulations pelviennes*. Les symphyses sacro-iliaques, et surtout la symphyse pubienne sont douloureuses au toucher ; si, avec un index introduit dans le vagin, on appuie sur la face postérieure de bourrelet inter-pubien, on arrache un cri à la femme. Celle-ci dira, en outre, qu'il lui est pénible de marcher, tandis qu'au repos, ell n'éprouve rien d'anormal ; elle décrira une sensation bizarre d'écartellement dans la station debout, qu mettra sur la voie du diagnostic. L'examen directe lèvera tous les doutes.

Il est important de connaître exactement l'origine du mal, car la thérapeutique diffère suivant les cas : aux douleurs lombo-abdominales idiopathiques, on opposera les calmants et les révulsifs ordinaires. Ces moyens seront sans action sérieuse sur le relâchement douloureux des symphyses qui exige l'emploi de ceintures appropriées. Celles-ci, placées entre les crêtes iliaques d'une part et les grands trochanters d'autre part, seront serrées assez fort pour soutenir les os du bassin, et empêcher le frottement des surfaces articulaires les unes contre les autres, et les tiraillements des tissus fibreux péri-articulaires pendant la marche et la station debout.

Dans le cours d'un accouchement, même anormal, les plexus nerveux du bassin peuvent être comprimés plus ou moins violemment par la tête du fœtus. Des troubles de la sensibilité se montreront après la naissance de l'enfant du côté du sciatique, branche terminale du plexus sacré. Ce seront des fourmillements, des engourdissements dans un membre inférieur ou dans les deux. Et ces sensations seront perçues peu de temps après la naissance de l'enfant ; elles auront une durée variable, persistant d'habitude quelques jours seulement.

La compression des nerfs pelviens est, dans certains cas, plus prononcée ; lorsque, par exemple, une application de forceps a été faite sans méthode et sans prudence, surtout si l'instrument employé n'a pas été le forceps à tractions dans l'axe. Il existe alors des élancements dans l'une ou l'autre jambe qui ont tous les caractères de la névralgie sciatique.

Ces fourmillements, ces douleurs dans une jambe survenant après l'accouchement, sont de nature à inquiéter le clinicien toujours préoccupé de la facilité avec laquelle apparaissent les accidents infectieux.

En effet, n'y a-t-il pas sujet de craindre, en pareille circonstance, une *phlegmatia alba dolens?* Mais celle-ci survient tardivement, 10 à 15 jours après l'accouchement, alors que les troubles sensitifs déterminés par une contusion nerveuse ont disparu ou tout au moins diminué ; elle s'accompagne d'œdème, de fièvre, symptômes essentiels et d'une importance capitale ; enfin, si l'on recherche le siège exact de la douleur provoquée, on le trouvera en avant dans le pli de l'aine, au niveau de la veine fémorale, et plus bas le long de la face interne de la cuisse, s'il s'agit d'une phlegmatia, tandis que, dans la névralgie sciatique, c'est dans la région fessière et à la partie postérieure de la cuisse que les réactions seront manifestes

Le lendemain ou le surlendemain de la parturition, quelques femmes accusent un point de côté qui les gêne pour respirer. A l'auscultation, on ne trouve rien de pathologique du côté de la plèvre ou du poumon ; par la palpation, au contraire, on reconnaît aisément qu'il

Digitized by Google

s'agit là d'une simple névralgie intercostale. D'habitude peu accentuée, elle cède à un traitement simple. Peut-être la femme s'est-elle refroidie pendant l'accouchement, ou peut-être, dans les efforts d'expulsion qu'elle a faits, s'est-elle rompu quelques fibres musculaires dans un espace intercostal. Il est possible encore que ce ne soit là qu'un reflexe. Cette dernière explication convient sans doute aux douleurs trifaciales apparaissant dans les mêmes jours et indépendamment de toute cause diathésique (impaludisme, syphilis) que le traumatisme de l'enfantement aurait réveillée.

Les tiraillements musculaires, lorsqu'ils intéressent les muscles droits de l'abdomen, déterminent aussi de la douleur. Mais toutes les fois qu'une femme récemment accouchée souffre du ventre, il faut immédiatement penser à l'infection puerpérale et diriger dans ce sens toute son attention. De fait, la métro-péritonite qui éclate, en moyenne, vers le troisième ou le quatrième jour des suites de couches, donne naissance à une véritable névralgie abdominale ; certaines régions de l'utérus, et spécialement les cornes, sont très sensibles à la pression ; mais, comme le font remarquer MM. Tarnier et Budin, cette sensibilité disparaît après l'application de quelques sangsues ou l'emploi d'un révulsif quelconque ; preuve que c'est la peau qui est surtout douloureuse et non pas la matrice. Quoiqu'il en soit, les frissons, l'élévation de la température, les modifications des lochies compléteront le tableau clinique et appelleront d'urgence un traitement antiseptique approprié. Le guide le plus sûr, en cas de doute, est le thermomètre. Lorsque l'accouchement a été long et laborieux, l'utérus est souvent sensible dans la zone du segment inférieur principalement ; si l'on palpe cette région, dans les premiers jours du *post partum*, on détermine une douleur qui pourrait éveiller des craintes sérieuses. La notion étiologique de ces tiraillements musculaires et surtout l'état normal de la température rassureront le médecin. Les tranchées, si pénibles chez certaines multipares, sont également apyrétiques.

Les suites de couches ont été normales ; la femme se lève au bout du temps voulu ; dès qu'elle recommence à faire des marches un peu longues, elle se plaint de douleurs vives dans le ventre et souvent vient consulter pour une soi-disant maladie de matrice consécutive à un accouchement. En réalité, il n'y a rien de pathologique du côté de l'utérus ou des annexes, et pourtant il existe une névralgie abdominale assez accusée pour rendre la marche pénible. Nous retrouvons, ici encore, le relâchement douloureux des symphyses, que l'on reconnaîtra aux signes indiqués plus haut et, de plus, au chevauchement d'un pubis sur l'autre se produisant alternativement à droite et à gauche, suivant que la femme, placée debout, s'appuie sur tel ou tel pied. Ce chevauchement est perçu, par l'index placé dans le vagin, sous l'arcade pubienne (Budin). On évitera ainsi des cautérisations sur le col utérin, des interventions inopportunes, nuisibles, puisqu'elles irritent un organe hors de cause, et inefficaces puisqu'elles ne s'adressent pas au véritable mal.

Dr Demelin.
Ancien Interne des hôpitaux de Paris.

PROBLÈMES THÉRAPEUTIQUES (1)

Comment traiter une chlorotique dyspeptique ?

I. Exposé clinique.— Une chlorotique est dyspeptique. Elle l'est par le fait de la chlorose, le plus souvent; quelquefois par le fait d'une médication ou d'une hygiène mal comprises ; très rarement elle est dyspeptique avant d'être chlorotique (ce qui prouve l'erreur de ceux qui ont voulu et qui voudraient mettre encore la chlorose sous la dépendance étiologique d'un état gastrique). — Le fer est le médicament presque spécifique de la chlorose. Vous êtes donc amenés à ordonner les ferrugineux de toutes sortes, des vins généreux, du vin de quinquina à outrance (ce vin de quinquina dont médecins et malades abusent, quoiqu'il soit si souvent coupable, par cet abus, de gastralgies et de troubles dyspeptiques). Vous prescrivez encore une alimentation riche en substances azotées, vous « bourrez » vos malades de viandes, quoique trop souvent l'estomac de ces chlorotiques soit incapable de les digérer. Aussi, malgré tous les ferrugineux, malgré les vins les plus généreux (trop généreux !), malgré cette riche alimentation, votre chlorotique dépérit, son anémie fait chaque jour des progrès, l'état dyspeptique s'accuse davantage. Pourquoi ? C'est parce que votre tactique médicamenteuse a fait fausse route.

Dans ces conditions, quelles sont les indications thérapeutiques, et comment les résoudre?

Pour poser utilement ces indications et les résoudre, il faut d'abord savoir en quoi consiste la dyspepsie des chlorotiques.

Celle-ci est caractérisée par la lenteur des digestions, la tension et la pesanteur épigastriques après les repas, par la flatulence, des accès gastralgiques, l'anorexie, l'*appétence pour les acides*, le *dégoût pour la viande* et son indigestibilité, par des nausées et même parfois par des vomissements alimentaires, par un état d'atonie du tube gastro-intestinal, par la distension gazeuse ou dilatation de l'estomac (celle-ci étant l'effet et jamais la cause de l'état chlorotique), par la constipation opiniâtre, et enfin, par des troubles fonctionnels vers le cerveau (céphalalgie ou céphalée, vertiges, lassitudes matinales), vers le système circulatoire (palpitations, lipothymies, refroidissement des extrémités), etc., etc.

Ces symptômes — surtout ceux de l'appétence pour les acides, de l'indigestibilité des viandes et des œufs, et de la digestion facile des matières amylacées — *sont ceux de la dyspepsie par hyperchlorhydrie*. Ils sont assez nets, assez précis, pour qu'il soit inutile de contrôler le fait par l'analyse du suc gastrique, analyse parfois difficile pour les praticiens et à laquelle ne se prêtent pas volontiers tous les malades, même avec le nouveau procédé de Gunsbourg qui rend inutile l'emploi de la sonde. Du reste, il est établi par les recherches de Ritter et Hirsch, de Cahn et Méring, de Hüfler,

(1) A partir de ce jour, nous reprenons la publication des articles sur les « *Problèmes de thérapeutique* », et sur les « *Revues bi-mensuelles de thérapeutique* », articles interrompus par les vacances. Nous commençons aussi la publication des articles de *Chirurgie* et d'*Obstétrique d'urgence*. Enfin, sur la demande d'un grand nombre de nos lecteurs, nous publierons, dès le commencement de l'année comme nous l'avons fait pour les dyspepsies, la diphtérie, etc., des articles pratiques sur le *Traitement de la fièvre typhoïde, de la pneumonie* et des principales maladies observées journellement par les praticiens. (*Note de la Rédaction.*)

Digitized by Google

et aussi par celles de Hayem, que la dyspepsie des chlorotiques est presque toujours d'ordre hypochlorhydrique. « Dans la chlorose, l'acidité totale du suc gastrique est presque nulle ; les réactions de HCl font presque défaut. »

La dyspepsie hyperchlorhydrique, c'est-à-dire celle qui est due à la sécrétion exagérée ou continue de HCl dans l'estomac, est chose extrêmement rare dans la chlorose ; on peut même affirmer qu'elle n'existe pas, au moins dans la chlorose dyspeptique ; et quand on a dit que l'ulcère de l'estomac — conséquence fréquente ou habituelle de l'hyperchlorhydrie — s'observe souvent chez les chlorotiques, on a commis une erreur clinique, parce qu'on a pris l'effet pour la cause, parce qu'on a confondu la chlorose avec l'anémie, laquelle est symptomatique de *l'ulcus rotundum*, enfin parce qu'on a souvent confondu les hématémèses hystériques ou supplémentaires des règles avec les gastrorrhagies de l'ulcère gastrique. Mais, il ne faut pas s'y tromper : il y a, chez les chlorotiques dyspeptiques, des *fausses* hyperchlorhydries, des *hyperacidités* gastriques par fermentation, avec production d'acides organiques, hypéracidités qu'il ne faudrait pas confondre avec l'hyperchlorhydrie, par sécrétion exagérée de HCl. C'est peut-être pour cette raison que Riegel a constaté une légère hyperacidité du suc gastrique chez quelques chlorotiques.

Il est bien entendu que dans la chlorose simple, sans complication de dyspepsie, il n'existe que des modifications inappréciables du suc gastrique. Par conséquent, le traitement que je vais exposer n'est applicable qu'à la variété de chlorose dyspeptique.

II. Indications thérapeutiques et traitement. — L'indication thérapeutique découle naturellement de cet exposé clinique. Puisque la dyspepsie des chlorotiques est surtout caractérisée par la sécrétion amoindrie de HCl (hypochlorhydrie), le but de la thérapeutique doit être celui-ci : rendre au suc gastrique la quantité de HCl qui lui manque, et prescrire un régime alimentaire approprié à cet état hypochlorhydrique. La conduite du thérapeute est donc tout autre que celle que j'ai exposée il y a quelque temps (1) à propos du traitement de la dyspepsie hyperchlorhydrique.

Voilà l'indication thérapeutique posée. On la résoudra par le traitement suivant :

1° Supprimer le vin pur, et surtout le vin de quinquina, les bières fortes, les boissons alcooliques, les œufs et faire manger de la viande avec modération ; au besoin, la supprimer complètement jusqu'au rétablissement des fonctions digestives. Supprimer les dîners en ville, les soirées, les exercices prolongés, les longues promenades.

Prescrire une alimentation composée, pour les boissons : de laitage, et si le lait est mal supporté, d'eau pure, additionnée ou non, aux repas, d'une cuillerée à café d'eau-de-vie, ou de thé léger pendant les repas (les boissons chaudes, théiformes, ayant pour propriété d'augmenter la sécrétion du suc gastrique et de l'acide chlorhydrique). — L'alimentation sera composée de laitage, de potages au lait, de quelques œufs, de purées de légumes, de poisson à chair maigre, de pain grillé, de quelques viandes grillées ou rôties. Permettre seulement quelques promenades au grand air, au soleil, de façon à éviter toutes les fatigues.

2° Avant les repas, on peut prescrire quelques alcalins qui, à faible dose, augmentent l'HCl du suc gastrique, et, à haute dose, le diminuent au contraire. Par exemple :

Bicarbonate de soude	àà 4 grammes
Poudre de charbon de peuplier .	
Magnésie décarbonatée	
Naphtol.....	

Pour vingt cachets. Deux à quatre cachets par jour. (Ici, le naphtol est destiné à faire de l'antisepsie intestinale qui n'est pas inutile dans la chlorose, d'après la théorie de Duclos (de Tours) (1), rééditée plus tard par A. Clark sous le nom de *fæcal anæmia*.

3° Après les repas, prescrire l'acide chlorhydrique (immédiatement après les repas, ou plutôt, une demi-heure après). Hayem recommande une solution d'un gramme d'HCl pour 100, et en fait prendre une cuillerée à soupe dans un quart de verre d'eau sucrée.

On peut se servir de la solution de Bouchard :

Eau distillée	1 litre
Acide chlorhydrique fumant pur....	4 grammes

Prendre un demi-verre après chaque repas.

Voici une formule dont je me sers assez souvent avec avantage :

Acide chlorhydrique.....	LX gouttes
Eau de menthe.....	àà 60 grammes
Eau de tilleul.....	
Sirop de limon	30 —

Une cuillerée à soupe après chaque repas.

4° Combattre la constipation, ce qui assure en partie l'antisepsie intestinale, par l'emploi de la poudre de réglisse composée (une à deux cuillerées à café le matin) et surtout par l'une de ces deux ordonnances :

1° Fleurs de soufre.....	àà 5 grammes
Magnésie calcinée.....	

Pour dix cachets. Un cachet tous les jours.

2° Salicylate de magnésie.....	2 gr. 50
Benzoate de soude	
Poudre de rhubarbe.....	5 grammes
Poudre de noix vomique.....	0 gr. 50

Pour dix cachets. Un cachet deux ou trois fois par semaine. (Ici, le salicylate de magnésie et le benzoate de soude agissent à titre de cholagogues), ce qui n'est pas inutile dans la chlorose caractérisée souvent, d'après André (de Toulouse) par un état de torpeur hépatique (2).

5° Veiller aux fonctions cutanées par l'emploi de frictions sèches sur les membres, ou de frictions excitantes avec le liniment de Rosen, ou encore d'après cette formule :

(1) Voir la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1890.

(1) Duclos. — Voir : *Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique*, 6 octobre 1887. — A. Clark. (*Med. Soc. of London*, 14 novembre 1887) et *Rev. Gén. de clin. et de therap.*, (nov. 1887).

(2) Voir: *Revue générale de Clinique et de thérapeutique*, 1887.

Digitized by Google

Teinture de benjoin.	10	grammes
Alcoolat de Fioravanti . . .	20	—
Alcoolat de lavande	40	—
Alcool camphré.	80	—

Faire tous les matins des frictions avec une flanelle légèrement imbibée de ce liniment.

6° Dans certains cas, ces divers moyens peuvent encore échouer : c'est parce qu'on ne s'est pas adressé à la cause principale de l'hypochlorhydrie, c'est-à-dire au système nerveux qui tient sans sa dépendance les principales secrétions. M. Marfan a démontré avec juste raison que « le facteur étiologique le plus constant dans l'hyperchlorhydrie, c'est l'existence d'une *disposition névropathique le plus souvent héréditaire*, très rarement acquise. » Or, ce que ce clinicien distingué a démontré pour l'hyperchlorhydrie, je l'ai observé pour le phénomène contraire, c'est-à-dire pour l'hypochlorhydrie. Celle-ci est souvent dominée, non seulement par l'adultération sanguine, mais aussi et surtout par un état morbide du système nerveux (neurasthénie, névropathies diverses, etc). Dans ces conditions, on fera bien, avant de commencer le traitement local de l'hypochlorhydrie des chlorotiques, d'instituer un traitement général visant le système nerveux. Pour remplir cette indication, il faut prescrire des douches tièdes ou froides, des frictions excitantes sur la peau, le séjour à la campagne, le climat des montagnes (600 à 1000 mètres), enfin les préparations de phosphure de zinc, ou mieux de strychnine (de préférence, l'arseniate de strychnine à la dose de 3 à 4 granules d'un demi-milligramme.)

7° Dans les dyspepsies par fermentation (*dyspeps i pseudo-hyperchlorhydriques* des chlorotiques), il faut proscrire de l'alimentation toutes les substances capables de produire le travail de fermentation : féculents, sucre, lait, corps gras, etc. Quelquefois, on est obligé de recourir de temps en temps au lavage de l'estomac, et l'administration de HCl trouve alors son indication ainsi que les inhalations d'oxygène, l'eau oxygénée et les préparations d'eau chloroformée saturée, dont j'ai signalé naguère les bons effets dans le traitement de la dyspepsie (1). Enfin, il faut faire de l'antisepsie gastro-intestinale en choisissant l'une des deux formules suivantes :

1° Naphtol en poudre.....		
Salicylate de bismuth.. .		àà 5 grammes
Salol.....		

Pour 20 cachets. Donner 3 à 4 cachets par jour.

2° Magnésie calcinée		
Phosphate de chaux		àà 10 grammes
Charbon pulvérisé		
Fleur de soufre		

Deux à quatre cuillerées à café par jour (Lyon).

8° Dans la forme dyspeptique de la chlorose, il faut bien se garder de prescrire *d'emblée* les ferrugineux. C'est alors du plomb dans l'estomac ! Il ne faut ordonner le fer qu'après la guérison des accidents dyspeptiques, et ceux-ci doivent encore être longtemps combattus par HCl, de sorte que la formule est celle-ci : Chez les chlorotiques dyspeptiques en voie de guérison de leur dyspepsie, il faut donner le fer avant le repas, et l'acide chlorydrique après.

Quelle préparation de fer doit-on employer? Hayem préfère les protosels de fer (protochlorure de fer, protoxalate, etc.). Il donne la préférence au second à la dose de 0,20 centigr., en deux fois, dose qu'il élève progressivement jusqu'à 0,30 et même 0,40 centigr. par jour. Pour ma part, j'emploie avec le plus grand succès les pilules dites « toni-ferrugineuses » à base de tartrate ferrico-potassique, pilules dont j'ai donné la composition dans ce journal (1). Mais, dans ces chloroses dyspeptiques à moitié guéries, il faut encore avoir soin de ne pas prescrire les ferrugineux d'une façon continue ; on doit en cesser l'emploi au bout de six semaines pendant une quinzaine de jours, pour les reprendre ensuite dès que l'état des voies digestives le permet.

Tel est le traitement de la chlorose dyspeptique. J'ai démontré par là que le clinicien, dans le traitement de cette maladie souvent rebelle, ne doit pas voir une chlorose. *On ne traite pas la chlorose, mais les chlorotiques.*

Dr Henri Huchard.
Médecin de l'Hôpital Bichat.

(1) Voir la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1887-1888.

(1) *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1888.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

GYNÉCOLOGIE

De l'intervention opératoire dans la grossesse compliquée de cancer utérin, par M. Sutugni. — Il s'agit de deux cas d'amputation du col utérin cancéreux dans la grossesse, cas dans lesquels on intervint au début du travail. Les mères succombèrent, l'une au choc opératoire, l'autre à une péritonite secondaire : mais les deux enfants vécurent. (*Zeitschrift b. Geburstshülfe*, bd. 19, heft 1, 1890.)

Que faire dans un cas semblable ? On peut tenter l'opération césarienne quand la grossesse est avancée.

Reconnait-on cette tumeur de bonne heure? M. Sutugni conseille l'extirpation de l'utérus. Il le prouve par le récit d'observations dans lesquelles, le cancer étant limité au col utérin, on amputa celui-ci sans compromettre la vie de l'enfant et sans amener de complications funestes pour la mère.

S. R.

Le sarcome primitif du vagin des jeunes enfants, par M. Fruk. — Voilà une affection rare, on en compte sept cas, dont six terminés par la mort (*Virckow's Arch.*, bd. 117, heft 2, p. 248.)

M. Fruk en a observé deux autres cas sur deux fillettes ; l'une de sept ans, l'autre de deux ans et demi. On pratiqua l'extirpation : chez la première, il y eut récidive rapide et mort ; chez la seconde, on dut intervenir huit mois après la première opération, mais le résultat fut heureux et persiste depuis deux années.

Ces sarcômes infantiles sont mixtes, d'apparence polypoïde et à moins d'intervention heureuse, se terminent fatalement en moins d'une année. Il faut les opérer par l'excision et enlever la plus grande épaisseur possible des tissus de la paroi vaginale.

V. R.

THÉRAPEUTIQUE

De l'antisepsie dans la scarlatine par M. Hunnel. — On admet que la plupart des complications de cette fièvre éruptive sont produites par la pénétration d'un streptocoque à

Digitized by Google

travers la muqueuse du pharynx. D'après cette donnée, M. Hutinel a prescrit les précautions suivantes. (*Revue mens. des mal. de l'enfance*, nov. 1890).

1° Quotidiennement pratiquer dans la cavité buccale trois ou quatre irrigations avec l'eau naphtolée ou la solution boriquée ;

2° Au besoin attouchements sur les amygdales avec un tampon d'ouate hydrophile imbibé de glycérine boriquée.

3° Prévenir les refroidissements, et, suivant le précepte classique, régime lacté très sévère. S. R.

Le réflexe crémastérien comme indicateur de l'anesthésie chloroformique, par M. O. Guelliot. — Ce réflexe est compris dans une zone excitable ayant la forme d'un triangle situé dans la région supéro-interne de la cuisse. La base répond au pli crural, le côté interne au bord du grand adducteur, et le côté externe au couturier. Par une excitation, frôlement, pincement de la peau, on provoque le réflexe et l'ascension du testicule sous l'influence de la contraction du crémastèr (*Union Méd. du Nord-Est*, nov. 1890, p. 398).

Comme tous les réflexes cutanés, le crémastérien disparaît pendant la narcose chloroformique et peut constituer un excellent esthésiomètre. Maintes fois M. Guelliot l'a constaté, aussi longtemps que le réflexe crémastérien survit, l'anesthésie est incomplète, quelles que soient les apparences, et malgré les constatations habituelles, y compris même souvent l'abolition du réflexe cornéen. Aussitôt qu'il disparaît, le chirurgien peut sans crainte commencer l'opération. Il faut seulement se rappeler que l'excitation réflexogène doit être plus énergique à mesure que la sensibilité s'atténue et que l'on ne jugera l'anesthésie complète que si le testicule reste au fond des bourses alors que l'on pince énergiquement la peau de la région supéro-interne de la cuisse. S. R.

Trional et tetronal, par M. Kast. — Les recherches sur l'action du sulfonal ont conduit l'auteur à étudier les variations de l'action physiologique de certains corps suivant l'addition ou le groupement de leurs éléments constituants (*Thérap. Monat.*, novembre 1890).

Comparant la composition chimique et les effets physiologiques du sulfonal (ou diéthylsulfondimethylméthane)

$$\begin{matrix} CH^3 \\ CH^3 \end{matrix} > C < \begin{matrix} SO_2\,C_2\,H_5 \\ SO_2\,C_2\,H_5 \end{matrix}$$

du *trional* (ou diéthylsulfonmethylétiylméthane)

$$\begin{matrix} C_2H_5 \\ C\,H_3 \end{matrix} > C < \begin{matrix} SO_2\,C_2\,H_5 \\ SO_2\,C_2\,H_5 \end{matrix}$$

et du *tetronal* (ou diethylsulfondiéthylméthane)

$$\begin{matrix} C_2\,H_5 \\ C_2\,H_5 \end{matrix} > C < \begin{matrix} SO_2.C_2\,H_5 \\ SO_2\,C_2\,H_5 \end{matrix}$$

il conclut : 1° que, parmi les « disulfones », ceux qui traversent l'organisme, sans être transformés, sont inactifs ; 2° que le groupe SO_2 ne prend aucune part à leur action ; 3° que, parmi les disulfones, ceux seuls qui renferment le groupe éthyl sont efficaces ; 4° que l'intensité de leur action hypnotique est proportionnelle au nombre de groupes éthyle qu'ils contiennent. Ainsi, les sulfones à un seul groupe éthyle sont deux fois moins actifs que les sulfones à deux groupes éthyle et ainsi de suite.

Le trional et le tetronal n'ont aucun effet accessoire nuisible. Ils peuvent être administrés aux mêmes doses que le sulfonal et remplacent souvent très avantageusement ce médicament dans les cas rebelles d'insomnie nerveuse. Dose 3 à 4 grammes par jour, pendant plusieurs jours de suite.

A. Wr.

TOXICOLOGIE

Un cas d'empoisonnement par l'essence de térébenthine, par M. Verbrugghen. — Cette observation est intéressante par sa rareté. Dans le but de se guérir du tœnia et obéissant aux conseils d'un empirique, un homme de 42 ans ingère deux cuillerées d'essence de térébenthine (*Annales de la Société de Méd. de Gand*, sept. 1890, p. 227).

Il éprouve une sensation de cuisson dans les premières voies digestives, des nausées, des vomissements et finalement une syncope. La face était congestionnée, les pupilles dilatées, les respirations ralenties (10 à la minute), et le pouls lent (58 pulsations).

On administra une injection sous-cutanée d'éther ; la connaissance revint. On prescrivit du lait. Des selles abondantes survinrent, provoquées par l'essence de térébenthine. Les jours suivants, il y eut des symptômes de gastrite.

Le traitement d'un empoisonnement par l'essence de térébenthine doit donc être celui des poisons irritants des muqueuses. S. R.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

MALADIES DES ENFANTS

Le tubage du larynx

Voilà une opération d'origine essentiellement française. Elle nous revient d'Amérique, en passant par l'Allemagne.

C'est en 1858 que M. Bouchut la proposa et c'est en 1880 que O'Dwyer (de New-York) la réinventa.

Qu'est-ce donc que le tubage ou l'intubation ? Une opération qui consiste à rendre le larynx perméable à l'air par l'introduction d'un tube dans son intérieur par les voies naturelles.

L'instrumentation de M. Bouchut comprend : 1° une série de tubes métalliques, de calibres différents, gradués pour les divers âges, légèrement coniques, à deux bourrelets, qui devront s'appliquer, l'un au-dessous l'autre au-dessus des cordes vocales, percés d'un trou à leur partie supérieure pour permettre d'y passer un fil ; 2° un mandrin introducteur, en forme de sonde d'homme ; 3° un doigtier en métal qui sert à la fois d'écarteur des mâchoires et de protecteur pour le doigt conducteur.

M. O'Dwyer a adopté, après tatonnements, des tubes en caoutchouc durci, plus longs que ceux de M. Bouchut, pénétrant presque dans la trachée. L'extrémité supérieure en forme de tête de clou évidée, doit reposer sur les cordes vocales supérieures ; elle porte un trou pour un fil. Un renflement olivaire maintient le tube au-dessous de la glotte. L'extrémité inférieure est taillée en biseau, la lumière du tube elliptique à grand diamètre antéro-postérieur. Le mandrin porte-tube est composé d'un embout plein seulement aux deux extrémités reliées entre elles par une tige articulée à son milieu ; il entre à frottement doux dans le tube. L'extrémité supérieure porte un pas-de-vis qui peut se fixer à une tige coudée adaptée à un manche. Cette vis peut être ramenée en arrière par une pédale disposée dans le manche ; deux griffes mousses latérales à la vis restent en place pour maintenir le tube jusqu'à complète extraction du mandrin. Une pince à polype plus ou moins modifiée ou un instrument à valves à écartement sert d'extracteur. Un écarteur des mâchoires simple, complète l'arsenal.

Manuel opératoire.—Quel que soit l'appareil adopté

Digitized by Google

et les modèles sont encore en voie de transformation, le mode opératoire se maintient à peu près semblable.

L'enfant roulé, les bras le long du corps, dans une couverture ou dans un drap, est assis sur la table d'opération ou tenu droit, soit dans les bras, soit entre les jambes d'un aide.

1er *Temps.* — Ecartement des mâchoires. Ce temps peut s'effectuer soit avec l'écarteur américain, le doigt articulé métallique de M. Bouchut ou tout autre instrument.

2e *Temps.* — Sans ou avec anesthésie locale. Dans ce cas, badigeonnage de la région de l'ouverture supérieure du larynx avec la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne.....	1 gramme
Acide phénique.....	1 —
Eau.....	20 —

Pousser l'index gauche jusque sur le larynx en relevant l'épiglotte.

3e *Temps.* — Introduction du tube monté sur son mandrin et muni d'un fil passé dans le trou de son extrêmité supérieure. Le cathétérisme reproduit celui de l'urèthre. Le manche d'abord parallèle au sternum s'en écarte petit à petit à mesure que le tube chemine dans le larynx.

Lorsque le tube est bien en place on peut, comme faisait M. Bouchut, fixer le fil au dehors ou bien l'enlever comme on semble le préférer.

4e *Temps.* — Extraction du tube. La permanence du fil permet d'enlever facilement le tube, mais peut être cause de sa sortie prématurée et de gêne pour l'enfant. M. O'Dwyer et ses imitateurs, pour extraire le tube, introduisent dans son intérieur un instrument à mors ou à valves divergentes qui leur sert à opérer la traction nécessaire.

Tel est le manuel opératoire de l'intubation. Avec quelque exercice on arrive facilement à se faire la main. De tous les temps, l'extraction est considérée comme le plus difficile.

Les statistiques données par O'Dwyer et par Ranke (Congrès de Berlin) font voir ce qu'on peut espérer de l'opération. Le pourcentage des guérisons se maintient à un chiffre peu inférieur à celui de la trachéotomie.

Indications. — L'intubation semble devoir remplacer la trachéotomie dans le croup secondaire, après la rougeole, par exemple, dans la diphthérie grave, en somme dans tous les cas où la trachéotomie est contre-indiquée. Le choc opératoire est bien moindre. Elle semble préférable à cette opération au-dessous de 4 ans 1/2; elle donne en effet un pourcentage de guérison plus élevé à cet âge.

Mais comme opération d'attente le tubage peut précéder la trachéotomie et parfois rend cette dernière inutile.

Le tubage peut aussi rendre des services quand l'ablation définitive d'une canule à trachéotomie semble trop difficile, par suite de spasme laryngien, comme l'a montré M. A. Gampert.

Accidents et difficultés opératoires. — La dyspnée qui persiste ou qui survient malgré un tubage régulier ou qu'on croit tel, reconnaît différentes causes.

Si la respiration ne s'améliore pas d'une façon notable après qu'on a crû mettre le tube en place, plusieurs éventualités sont possibles :

1° Pendant les manœuvres même d'introduction, peut survenir une *menace d'asphyxie* par suite de la grande durée des tentatives. Ce danger disparaît avec l'habitude et l'expérience de l'opérateur. Il cessera par une meilleure instrumentation.

2° *Le tube n'est pas dans le larynx.* — A. On l'a introduit dans l'œsophage, ce qu'on reconnaît à la persistance des phénomènes, qui avaient exigé l'intervention. On n'aura pas non plus perçu le bruit canulaire.

B. On a fait une fausse route.

Dans un cas le tube était enfoncé dans un des ventricules du larynx, dans un autre, il avait perforé la paroi postérieure de la trachée et s'ouvrait dans l'œsophage.

Ces accidents ne sont possibles que par suite de l'emploi d'une force exagérée. La manœuvre doit se faire avec une douceur extrême, en se laissant guider par la disposition des parties, comme pour le cathétérisme uréthral.

C. Le tube refoule la fausse membrane qui l'obture et en coiffe son extrémité inférieure. Pour éviter cet accident grave, on recommande d'enfoncer le tube bien à fond avec le mandrin avant de retirer ce dernier. En tous cas en retirant le tube on peut constater que la membrane détachée est rejetée, et le tubage peut être fait à nouveau.

Mais la *dyspnée* avec asphyxie menaçant la vie peut survenir soit plus ou moins brusquement, soit plus ou moins lentement après un tubage en apparence couronné de succès.

Ces accidents secondaires tiennent à différentes causes.

L'apparition subite de la dyspnée peut tenir à ce que le tube qui remplissait son office a été rejeté.

Il faut donc toujours être prêt à renouveler l'introduction. Mais au moment du rejet, dans un effort de vomissement ou de toux, le tube peut être avalé, passer dans l'œsophage. Peu de temps après on constate qu'il est rendu par le rectum.

Dans ces deux cas il suffit de répéter le tubage.

La chute du tube dans la trachée, prévue théoriquement, ne peut arriver qu'avec des cylindres trop petits et sans tête.

Le tube bien en place, plusieurs causes peuvent contribuer à en obstruer la lumière.

Par en haut, ce sont les replis aryténo-épiglottiques œdématiés qui viendront recouvrir l'orifice supérieur du tube, effacer la lumière du larynx et former un barrage infranchissable à l'air.

En telle occurence l'indication de la trachéotomie est formelle.

L'*obstruction* du tube peut se produire dans sa continuité ou à son extrémité inférieure par l'accumulation progressive des produits de sécrétion ou des fausses membranes.

Dans ce cas on retire le tube, on le nettoie ou mieux on en introduit un de calibre supérieur, après que le

Digitized by Google

malade a rejeté les produits accumulés. On peut aussi essayer de les enlever à la pince.

Si, malgré plusieurs essais, l'asphyxie continue, la trachéotomie s'impose, à moins que l'état général du malade ne soit une contre-indication formelle.

Enfin la cause de la dyspnée se trouve dans l'apparition d'une pneumonie ou d'une broncho-pneumonie.

Cette complication tient vraisemblablement plutôt à une infection secondaire surajoutée qu'à l'introduction de parcelles alimentaires, dont la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question n'ont pas retrouvé trace C'est l'avis de W. P. Northrup et de Dillon Brown.

On a signalé des accès de *spasmes de la glotte* aussitôt après l'extraction. L'administration d'un opiacé peut amoindrir la sensibilité de la muqueuse. La réintroduction du tube pare aux accidents. La glace avalée par petits morceaux, la révulsion sur le cou, la belladone, le nitre, un peu de chloral rendent des services.

Soins consécutifs. — Il faut par l'alimentation et les toniques maintenir un bon état général. Les liquides seuls sont mal supportés ; on donnera donc des aliments solides et demi-solides. Au besoin, on aura recours à la sonde œsophagienne. On peut y joindre les lavements nutritifs.

En général le tube est laissé cinq à six jours en place.

Il y a avantage à le changer et à l'enlever le plus tôt possible. On trouve en effet, lors de séjour prolongé, des ulcérations, les unes superficielles, simples érosions épithéliales, au niveau des cordes vocales, les autres plus profondes parfois mettant à nu les anneaux cartilagineux; ces dernières siègent en général dans la région de la trachée au niveau de la face antérieure de l'extrémité inférieure du tube. Cependant on a vu des tubes rester plus de vingt jours sans accident.

L'extraction peut être difficile. L'extracteur peut refouler le tube, surtout si celui-ci est petit; mais il est rare qu'il le pousse dans la trachée grâce à l'étroitesse du passage au niveau des cordes vocales.

Dans ce cas de refoulement du tube, tous les accidents consistent dans des lésions traumatiques du larynx qui, en somme, sont évitables.

En résumé si le tubage ne remplace pas complètement la trachéotomie, il est appelé à éviter souvent l'opération sanglante, et, à ce titre, mérite tous nos égards.

Dr H. Gillet.
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

CHIRURGIE D'URGENCE

De la conduite à tenir dans les cas de fractures compliquées de la jambe

Sans entamer ici la question si importante de la conservation et de l'amputation, quelques mots seulement sur les principales indications de l'une et de l'autre.

Aujourd'hui nous pouvons et nous devons conserver les membres atteints de fractures compliquées et, en particulier, celles de la jambe, toutes les fois que le traumatisme n'a pas été assez intense pour désorganiser profondément les tissus, quand nous sommes appelés rapidement après l'accident, avant l'explosion de complications graves, que nous pouvons espérer une désinfection complète du foyer de la fracture, enfin quand la nature de celle ci et l'état général du blessé nous permettent de nous attendre à une consolidation régulière et à un rétablissement suffisant des fonctions.

Les fractures directes par écrasement ou toute autre cause sont bien plus souvent justiciables de l'amputation immédiate que les fractures indirectes, précisément à cause des délabrements profonds produits par le traumatisme, délabrements d'autant plus dangereux que les téguments ont souvent conservé une intégrité relative.

Rappelons-nous alors que l'amputation devra être faite haut et non pas immédiatement au-dessus du niveau de la fracture.

Quoi qu'il en soit, la conservation décidée, quelle conduite tenir ?

Plusieurs cas doivent être envisagés :

1° La *plaie est très petite ;*

2° La *plaie est large ;*

3° Il y a *plaie et issue de fragments osseux.*

I. — Quand la **plaie est petite**, le premier soin du chirurgien doit être de transformer le plus vite possible la fracture ouverte en fracture fermée. Pour ce faire, on lavera soigneusement la région lésée, on la débarrassera des corps étrangers, s'il y en a, on la désinfectera à l'aide d'une solution antiseptique d'acide phénique au 1/20 ou de liqueur de van Swieten, puis on obturera avec un peu d'ouate hydrophile et de collodion la petite solution de continuité de la peau. Cela fait la fracture, réduite avec ou sans chloroforme, sera placée dans un appareil plâtré inamovible, destiné à maintenir le membre dans une immobilité parfaite. Si l'on a la chance d'arriver aussitôt après le traumatisme, il faut immédiatement immobiliser le membre. Cette manière de faire est de rigueur toutes les fois qu'on arrivera avant l'explosion de tout phénomène inflammatoire et la production de tout gonflement.

II. — Quand la **plaie est large** et qu'il est impossible de songer à une occlusion collodionnée, il sera bon de procéder de la façon suivante : Commencer par bien nettoyer et désinfecter la région blessée ; puis, dans la crainte d'une contamination du foyer largement ouvert, faire dans son intérieur, avec une seringue bien propre, des lavages avec une solution phéniquée forte ou de la liqueur de van Swieten ou encore une solution de chlorure de zinc au 1/12, en ayant soin de laisser et même de faire écouler au dehors, par des pressions douces, les liquides injectés. Si la plaie est fortement contuse, si des

Digitized by Google

parties molles (muscles, tissus fibreux) font hernie à travers elle, nous n'hésitons pas à les réséquer, à les enlever, à régulariser la plaie, pour appliquer ensuite un pansement antiseptique à l'iodoforme ou au salol assez épais pour pouvoir rester en place trois à quatre semaines sans y toucher. Par dessus le tout, après réduction avec ou sans chloroforme, on appliquera un appareil plâtré qui sera changé vers la 3e ou 4e semaine avant la consolidation complète pour la raison que nous énoncerons plus loin.

III.—Supposons maintenant la 3e alternative. Par une plaie petite ou grande, il y a **issue de l'un ou des deux fragments**. Dans ces cas de fractures généralement très obliques, la réduction est presque toujours impossible sans chloroforme et même, quelquefois, l'anesthésie obtenue, les fragments sont difficilement coaptés et maintenus. Ces dernières conditions peuvent suffire pour nous amener à réséquer tout ou partie du ou des fragments saillants. Mais il en est encore une autre plus importante à notre avis.

Presque toujours, le fragment osseux qui a fait issue a été contaminé par le contact de corps étrangers, de vêtements, etc., et l'on ne peut être assuré de le désinfecter suffisamment pour qu'il ne devienne pas, une fois réduit, une source d'infection et de dangers. Aussi, n'hésitons-nous pas, toutes les fois qu'il aura subi un séjour prolongé hors du foyer et qu'il y aura lieu de songer à une infection facile à conseiller et à faire la résection de l'un ou des deux fragments de façon à obtenir une coaptation aussi parfaite que possible.

Si celle-ci est difficilement maintenue, il faudra faire la suture des deux bouts soit à l'aide de fils d'argent flambés, soit avec des tresses de soie ou de crins de Florence préparés.

Quand on fait la résection, l'on sera souvent obligé d'agrandir la plaie initiale suffisamment pour permettre les manœuvres opératoires. On la refermera ensuite en ne laissant qu'un point pour le placement d'un court drain qui assurera une issue facile aux liquides épanchés. Tout cela fait, on pansera comme précédemment et on mettra un appareil plâtré.

La fracture fermée, il est d'un intérêt capital de prendre régulièrement la température. C'est elle qui nous donnera les indications les plus précieuses sur la marche de la blessure et les complications qui pourront survenir. Nous avons remarqué assez fréquemment le second jour, une légère élévation qui ne va pas au-delà de 38°5 et qui est due à la résorption du sang et des liquides contenus dans le foyer sans traces de suppuration profonde. Quand la température reste normale au bout de trois jours, on peut être rassuré et compter sur une réunion aseptique. Si elle s'élève par contre au-dessus de 39° elle nous indiquera la suppuration avec toutes ses conséquences et ses périls. C'est alors qu'il faudra enlever l'appareil, dépanser la plaie et se conduire d'après les indications nouvelles qui pourront se présenter. (Débridements, amputations secondaires).

S'il n'y a pas d'hyperthermie, le même appareil est laissé à demeure pendant trois à quatre semaines. Au bout de ce temps, la plaie est fermée profondément, sinon toujours superficiellement et cependant la consolidation n'est pas encore assez avancée pour qu'on ne puisse redresser de légères déviations, s'il s'en est produit sous le pansement primitif. L'appareil enlevé est remplacé séance tenante par un nouveau pansement et un plâtre définitif qui ne sera retiré que lorsque la consolidation sera jugée complète.

Dr Schwartz.
Agrégé à la Faculté, Chirurgien des Hôpitaux.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

DERMATOLOGIE

I. Les traitements actuels de la teigne tondante à l'hôpital Saint-Louis. — Parmi les diverses médications employées contre cette affection, les suivantes, que M. Carrère a exposées dans sa thèse inaugurale, sont actuellement les plus usitées à l'hôpital Saint-Louis.

I. *Traitement de Bazin* :

1° Epilation des plaques;
2° Lotions au sublimé à 4 pour 1000;
3° Emploi d'une pommade parasiticide à l'acétate de cuivre, à l'iodure de soufre ou au turbith minéral.

II. *Traitement de M. Vidal.* Ce traitement est la base des médications les plus en usage à l'hôpital Saint-Louis, depuis qu'en 1888, MM. Vidal et Marfan démontrèrent que le trichophyton est un parasite essentiellement aérobie, et que le principe de l'occlusion était un des meilleurs moyens de détruire ce champignon.

1° Frictions avec de l'essence de térébenthine et badigeonnages de teinture d'iode sur les points atteints;
2° Application sur la tête d'une couche de vaseline iodée à 4 pour 100, puis d'un bonnet en caoutchouc ou d'une feuille de gutta percha.

III. *Traitement de M. Ernest Besnier* :

1° Couper et maintenir aussi ras que possible les cheveux pendant la durée du traitement; épiler dans une zone de 6 à 8 millimètres autour des plaques de tricophytie; enlever, à l'aide de la curette, tous les cheveux cassés et les produits grisâtres accumulés au niveau des plaques;
2° Lavages quotidiens avec des savons au goudron, à l'acide salicylique ou au soufre;
3° Recouvrir toutes les plaques d'emplâtre de Vigo.

IV. *Traitement M. Hallopeau* :

1° Savonner tous les matins le cuir chevelu avec du savon noir; puis, après avoir essuyé, frictionner avec la solution suivante :

Alcool camphré.	125	grammes
Essence de térébenthine	25	—
Ammoniaque liquide	5	—

2° Onctions une demi-heure après, avec de la vaseline iodée à 1 pour 100.
3° Recouvrir ensuite la tête d'une calotte de caoutchouc pendant toute la journée; faire le soir de nouvelles onctions avec de la vaseline iodée;
4° Couper les cheveux ras toutes les semaines.

V. *Traitement de Unna* (de Hambourg) :

• Application sur toute la tête de la pommade suivante :

Digitized by Google

Acide salicylique.....	2	grammes
Chrysarobine.....	5	—
Ichthyol.....	5	—
Onguent simple.....	100	—

2° Recouvrir la tête d'un bonnet de tissu imperméable qu'on enlèvera, en partie, pendant quatre jours, pour appliquer une nouvelle couche de pommade.

3° Au bout de quatre jours essuyer la pommade à la chrysarobine, et pendant trois jours faire des onctions avec une pommade à l'ichthyol à 5 0/0;

4° Recommencer la semaine suivante une nouvelle période de sept jours et continuer ensuite jusqu'à la guérison qui demanderait un mois.

VI. *Traitement de M. Quinquaud* : Ce traitement est en usage à l'Ecole des teigneux de l'hôpital Saint-Louis.

1° Couper les cheveux très courts avec des ciseaux, savonner tous les matins la tête avec de l'eau chaude, puis frictionner avec la lotion suivante :

Biiodure d'hydrargyre.....	0 gr. 15	
Bichlorure d'hydrargyre....	1 gramme	

Triturer dans un mortier et dissoudre avec

Alcool à 90°.....	40	grammes
Eau distillée.....	250	—

2° Au préalable, grattage énergique avec une curette à lame peu tranchante; puis après l'emploi de la lotion, application sur les parties malades de rondelles d'emplâtre mixte ainsi composé :

Biiodure d'hydrargire.....	0 gr. 15 centigr.	
Bichlorure d'hydrargyre.....	1 gramme	
Emplâtre simple.....	250	—

3° Au bout de 48 heures, enlever l'emplâtre, savonner la tête, frictionner avec la lotion indiquée, renouveller l'emplâtre, et recommencer toutes les opérations précédentes jusqu'à la guérison complète.

M. Quinquand a employé aussi avec succès, au lieu de l'emplâtre, la pommade suivante :

Vaseline.....	100	grammes
Acide chrysophanique.....	2	—
Acide salicylique	2	--
Acide borique	2	—

R.

OPHTALMOLOGIE

II. Un traitement de la conjonctivite granuleuse.—Voici une ordonnance de Giraud Teulon, dans un cas de conjonctivite granuleuse rebelle avec photophobie vive :

1° Soir et matin, instiller, entre les paupières, une goutte du collyre suivant :

Eau distillée.....	15	grammes
Sulfate neutre d'atropine....	0,10 centigr.	

2° Tous les soirs, introduire dans l'œil, gros comme une *petite tête d'épingle*, de la pommade suivante :

Calomel pur et finement pulvérisé..	8	grammes
Vaseline.....	4	—

F. s. a. une pommade

3° Dans la journée, pratiquer des fomentations aussi prolongées que possible, avec la décoction de camomille à la température de 36 à 40 degrés.

4° Couvrir l'œil d'un bandeau et d'un tampon d'ouate hydrophile.

5° Traitement général : huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, toniques, etc., etc.

S. R.

REVUE DES LIVRES

Leçons cliniques sur la grippe à propos de l'épidémie de 1889-1890 par M. Villard, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Marseille. (Broch. in-8° de 160 pages, Paris 1890).

Je suis en retard pour parler de ces excellentes leçons ; mais quand il s'agit d'une maladie comme la grippe qui fait encore aujourd'hui sentir son action dans ses suites éloignées, il n'est jamais trop tard pour revenir sur cette question.

Notre savant collaborateur a réuni dans une brochure les sept leçons qu'il fit à Marseille sur ce sujet. Les principaux titres de ces leçons montreront déjà leur importance : Des diverses formes de la grippe ; — ses formes graves ; — son influence sur les maladies préexistantes ou intercurrentes ; — sa convalescence, son diagnostic et son anatomie pathologique ; — la marche de l'épidémie de 1889-1890, comparée à celle des épidémies antérieures ; — sa contagion et son traitement, la pneumonie grippale, et la grippe infantile.

J'ai été heureux de voir que M. Villard confirmait la plupart de mes observations sur la grippe. C'est ainsi qu'il décrit la forme *bulbaire*, les accidents de *pneumoplégie* et de *cardioplégie*, *l'embryocardie grippale* due très probablement à l'extrême abaissement de la tension artérielle, et il pense avec moi que certains grippés se comportent « comme s'ils avaient leurs pneumogastriques coupés ». Mais notre distingué collègue ne se contente pas seulement de confirmer les recherches d'autrui, et ses leçons offrent aussi un grand cachet d'originalité. On remarquera parmi elles, la leçon relative à la pneumonie grippale. Il arrive ainsi à reconnaître que la pneumonie grippale et la pneumonie fibrineuse commune ne constituant qu'une seule et même espèce nosologique, « *il n'y a pas de pneumonie grippale* », et il arrive à cette conclusion ingénieuse qui, de prime abord, a l'air d'un paradoxe : « *La grippe n'aime pas la pneumonie, mais la pneumonie aime la grippe.* »

Cette vérité si bien exprimée n'est pas aussi paradoxale qu'elle en a l'air, car M. Villard nous démontre cliniquement que la grippe, impuissante à produire par elle-même la pneumonie, rend le poumon plus impressionnable à l'agent de la pneumonie, au pneumocoque, en modifiant le tissu pulmonaire par les congestions qu'elle y développe.

Ces leçons sont très instructives pour le praticien ; j'ajoute qu'elles sont très suggestives et qu'elles doivent aussi intéresser les chercheurs. Elles font le plus grand honneur au professeur à l'Ecole de Médecine de Marseille, et aussi à notre journal qui compte M. Villard parmi les amis de la première heure et parmi nos collaborateurs les plus estimés de la province

Henri Huchard.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES ÉTRANGÈRES

Allemagne. — **Société libre de chirurgie de Berlin** (16 novembre 1890). I. *Traitement des tuberculoses chirurgicales par le remède de Koch.*—**Société de médecine interne de Berlin** (17 novembre 1890). II. *Traitement de la phtisie pulmonaire, par le remède de Koch.*

I. Traitement des tuberculoses chirurgicales par le remède de Koch.—Les malades de la clinique de M. Von Bergmann qui ont été soumis à ce traitement et qu'il a présentés à ses nombreux confrères, dans la séance extraordinaire du 16 novembre de la Société de chirurgie berlinoise se divisent en quatre catégories : 1° lupus ; 2° tuberculose ganglionnaire ; 3° tuberculose osseuse et articulaire ; 4° tuberculose laryngée. Voici le résumé de ses observations :

Lupus. Elévation de température immédiatement après l'in-

Digitized by Google

jection; c'est la réaction générale (Koch) (1). Dans les cinq cas, cette élévation très rapide a été de 2°, 3° et même 4° et 8°. Il s'agissait de lupus du visage ou du bras.

Réaction locale : gonflement rougeur des surfaces lupiques quelques moments après l'injection. Huit heures plus tard, une zone blanchâtre entoure la zone rougeâtre. Ces phénomènes sont ceux que Koch signalait dans sa communication.

Tuberculoses ganglionnaires. Les phénomènes réactionnels sont moins intenses. Les malades, des enfants, étaient atteintes d'ostéites cervicales. Chez l'une d'elles, chaque injection produisait une éruption rubéoliforme sur les épaules et la région superieure du tronc.

Tuberculoses osseuses et articulaires. Coxalgie, abcès de la bouche, tumeur blanche du genou. Immédiatement après les injections, la gêne des mouvements spontanés ou communiqués augmente, en raison du gonflement articulaire. Il s'est même produit de l'endolorissement. Après quelques jours et plusieurs injections, la mobilité revient, la douleur cesse, même à la palpation. Quelques individus, des enfants, sont anémiés; cette anémie rapide est un phénomène observé dans plusieurs cas. Dans cette série, M. Bergmann a noté le collopsus chez un malade après chaque injection.

Tuberculoses laryngées: Au point de vue curatif, les trois malades de cette série sont améliorés; ils respirent mieux. Comme moyen de diagnostic entre le cancer et la tuberculose laryngée; le remède de Koch serait donc de précieuse ressource. (Bergmann).

Au demeurant, ces faits confirment les conclusions du mémoire de Koch, mais démontrent que, ce traitement ne remplace pas l'intervention chirurgicale, évacuation du pus, extraction des séquestres, élimination des tissus mortifiés, etc. etc.

II, Traitement de la phtisie pulmonaire par le remède de Koch. — On sait que c'est dans la clinique de M. Frantzel que les essais de Koch ont été faits en partie. Voici le résumé des faits observés.

Il y a eu amélioration des phtisiques, mais l'administration du remède n'a pas été sans produire des réactions intenses, violence de la dyspnée, même avec des doses faibles, augmentation des râles élévation thermique. Peu à peu la tolérance s'établissait et les réactions devenaient moins violentes.

L'examen des crachats avant et après le traitement, démontre que les bacilles sont loin de disparaître constamment, mais subissent des modifications morphologiques. Ils semblaient grossis, prenaient pour certain nombre la forme de massues; offraient un double contour réfringent et semblaient difficilement colorables; cependant ils conservaient leur virulence.

Chez les malades de M. Frantzel, on a noté comme Koch l'annonçait, de la courbature et des douleurs articulaires après l'injection : puis, le traitement continuant, la cessation des sueurs nocturnes, la diminution de l'expectoration, de la toux, des hémoptysies et des signes physiques. Bien plus, après une période initiale de déglobulisation du sang, la fièvre disparait, le poids augmente et les malades accusent une sensation de bien-être.

(On le voit, ces remarques concordent avec les phénomènes signalés par Koch. Faut-il s'en étonner?). Non, puisque les essais de Koch ont été faits en partie à la clinique de M. Frantzel. (2). K. R.

(1) Voir : *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, n° 47, p. 746.

(2) L'emploi du remède de Koch, n'est pas sans danger. Il y a eu, on commence à l'avouer, des cas de décès par œdème pulmonaire et autres accidents, après des injections. Il ne faut pas interpréter ces faits contre la médication de Koch; mais bien contre l'emploi intempestif, inexpérimenté ou imprudent d'une médication mal connue et d'un remède dont il est fâcheux de tenir la composition secrète. N. D. L. R.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

Lyon. — **Société nationale de médecine** (10 nov. 1890). I. *Quand faut-il réappliquer les rondelles dans la trépanation du crâne?* — **Société des sciences médicales** (oct. 1890). II. *Du traitement des déchirures du périnée par la suture immédiate.*

I. **Quand faut-il réappliquer les rondelles dans la trépanation du crâne ?** La soudure des rondelles réappliquées n'est point douteuse pour M. Jaboulay qui l'a prouvé en soumettant une pièce anatomique à ses collègues de la Société de médecine de Lyon. Reste à connaitre les indications et les contre-indications de cette pratique opératoire. Notre distingué confrère les fixe ainsi.

Contre-indications : 1° Quand on n'incise pas la dure-mère: car la réapplication pourrait faire obstacle à l'établissement de la circulation collatérale de Pierret;

2° Lorsque la dure-mère étant incisée, il y a profondément une collection de sang, de pus, de sérosité, exigeant le libre écoulement du liquide (hématôme de la dure-mère, abcès et contusion du cerveau, arachnitis, etc.) ;

3° Dans le cas où des ponctions accidentelles (blessure de la substance cérébrale par la pyramide) ou exploratrices, parce que des adhérences peuvent s'établir entre l'écorce et la face profonde de la rondelle.

Indications. — Dans les cas où la séreuse cérébrale, la pie-mère, la masse nerveuse sont intactes, et qu'il se produit sous les yeux de l'opérateur une pointe de hernie.

La communication de M. Jaboulay, ces conclusions le prouvent, est donc de réel intérêt pratique.

II. **Du traitement des déchirures du périnée par la suture immédiate.** — Cette petite opération n'a pas été l'objet d'une description dans les ouvrages classiques, pourquoi? M. Dupuy l'ignore, le regrette et l'a déclaré à ses collègues de la Société des Sciences médicales de Lyon.

La suture périnéale immédiate est indiquée pour les déchirures qui suivent les accouchements normaux ou l'application du forceps.

Comment faut-il la pratiquer? D'après M. Dupuy au moyen de deux points de suture métallique.

Le point d'entrée du fil doit se trouver vers le point où la peau se continue avec le bord de la déchirure. Le point de sortie est au niveau de la partie cruentée et de la muqueuse.

Le plus souvent la réunion a lieu par première intention. C'était le résultat que Chantreuil obtenait quand il conseillait l'emploi de grosses serres-fines. Avant l'adoption des méthodes antiseptiques, on pouvait être abstentioniste; aujourd'hui, on ne peut l'être plus valablement. Cette considération est avec d'autres, une recommandation en faveur de la méthode de M. Dupuy. S. R.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 *novembre* 1890.

Présidence de M. le Dr Nicaise

De l'hystérectomie — M. Terrier donne la statistique des hystérectomies faites dans son service de l'hôpital Bichat pour corps fibreux soit par lui, soit par ses collègues, MM. Richelot et Quenu, pendant les années 1883 à 1890. Ces opérations doivent être divisées en deux séries.

La première comprend les amputations supra-vaginales de l'utérus avec traitement externe du pédicule. En 1883, on compte deux hystérectomies et deux guérisons; en 1884, deux hystérectomies, dont un succès et une mort par péritonite; en

Digitized by Google

1885, cinq opérations, dont un succès et quatre morts, trois malades succombèrent par péritonite suppurée, la quatrième par étranglement interne. En 1886, six hystérectomies, dont trois guérisons et trois morts (l'une par hémorragie du pédicule, deux par péritonite). En 1887, huit opérations, dont quatre guérisons et quatre morts (une par choc traumatique, trois par péritonite). En 1888, cinq opérations, cinq succès. En 1889, sept opérations, cinq succès et deux morts, l'une par hémorragie du pédicule, l'autre par étranglement interne. En 1890, trois opérations dont deux guérisons et une mort par péritonite.

Ainsi donc sur une première série de 38 hystérectomies abdominales, il compte 23 guérisons et 15 morts, soit une mortalité de 39,47 0/0.

Si l'on examine de plus près cette statistique, on voit que de 1883 à 1886 inclusivement, les 15 opérations pratiquées donnent huit morts, soit une mortalité de 53 0/0, tandis que de 1887 à 1890 inclusivement, sur 23 opérations, on compte 7 insuccès, soit une mortalité de 30,40 0/0. Il y a donc eu progrès dans ces quatre dernières années, toutefois la mortalité est encore beaucoup plus élevée que celle des ovariotomies.

Dans une seconde série, M. Terrier range les hystérectomies avec traitement interne du pédicule.

En 1889, quatre opérations ont été faites suivant cette méthode, elles donnèrent une guérison et trois morts par péritonite. En 1890, quatre opérations dont trois suivies de succès et une de mort par hémorragie du pédicule. Cette seconde série donne une mortalité de 50 0/0, chiffre peu encourageant.

La présence du pédicule constitue l'une des principales difficultés de l'hystérectomie. En effet, lorsque l'utérus est atteint de métrite, des germes pathogènes existent non seulement dans la muqueuse, mais encore dans le tissu musculaire, ainsi que M. Pereire l'a démontré. Les cautérisations du canal cervical, que pratique M. Terrier avant de lier le pédicule et de le fixer à l'extérieur, sont insuffisantes pour détruire tous ces germes. D'où le danger possible d'infection, même dans ce procédé de fixation. D'autre part, la ligature élastique, abandonnée dans l'abdomen, ne s'enkyste pas toujours et détermine parfois des suppurations péritonéales. Il y donc lieu de chercher à perfectionner le manuel opératoire. L'idéal serait, après l'énucléation du fibrome, d'en fermer la poche en rapprochant ses parois et de l'abandonner ensuite dans le ventre, sans former de pédicule. Mais ce procédé n'est applicable que dans certains fibromes interstitiels. La grande majorité nécessite la formation d'un pédicule ; peut-être la fixation de ce pédicule au milieu de la plaie, dans l'épaisseur de la paroi abdominale donnerait-elle de meilleurs résultats ?

Du sarcome de l'utérus. — M. Terrillon commence la lecture d'un mémoire sur les tumeurs de cette nature ; depuis l'année 1886, il a fait quatorze opérations pour des sarcomes utérins : les uns étaient développés dans la cavité utérine, les autres sur le fond de la matrice ou pédiculés, d'autres enfin appartenaient à la variété kystique.

Ces néoplasmes se développent suivant deux processus différents : les uns prennent naissance dans la muqueuse, les autres dans le tissu musculaire ; d'où ces deux variétés de sarcomes muqueux et interstitiels.

Dans les sarcomes de la première variété, la muqueuse très épaissie et hypertrophiée, est recouverte de petites tumeurs mamelonnées, plus ou moins pédiculées, très vasculaires ; d'autres fois, elle est ulcérée et produit une sécrétion musco-purulente très abondante.

Les sarcomes interstitiels se présentent sous deux formes. Dans la première, la tumeur a envahi tout l'utérus qui semble avoir subi une hypertrophie totale. Sa cavité même est élargie ; on se trouve alors en présence d'une tumeur énorme dont le poids peut aller jusqu'à 19 kilog, ainsi que M. Terrillon en a observé un exemple. Les ligaments larges sont quelquefois infiltrés par le néoplasme et il peut y avoir généralisation du côté du péritoine. Dans la seconde forme, la tumeur, après s'être développée dans l'épaisseur de la matrice, s'est fait jour peu à peu vers la tunique séreuse, et s'est pédiculée du côté du péritoine ; le pédicule présente une épaisseur variant de 5 à 10 centimètres.

Enfin les sarcomes hystisques sont de grosses tumeurs présentant de vastes cavités remplies d'un liquide sanguinolent, d'une bouillie noirâtre dans laquelle on trouve les éléments embryonnaires, caractéristiques de ce genre de cancer. En aucune façon, l'auteur n'admet la transformation des fibromes en sarcomes.

M. Terrillon continuera sa lecture dans la prochaine séance.

Luxation traumatique de la hanche, résection de la tête fémorale, guérison. — M. Nélaton fait un rapport sur une observation présentée par M. Ricard. Un homme, après une chûte d'un endroit élevé, est atteint d'une luxation ischiatique de la hanche, qui ne fut pas réduite. La marche et la station debout étaient douloureuses, presque impossibles. M. Ricard vit le blessé huit mois après l'accident, et comme toute tentative de réduction était devenue inutile, il pratiqua l'opération suivante. Après avoir incisé tous les tissus de la fesse et les muscles pelvi-trochanteriens tendus et raccourcis, il mit à découvert la tête fémorale située en dehors et en arrière sur l'ischion. Des débris de la capsule articulaire et le ligament de Bertin, situés en avant de la tête du fémur, s'opposaient à son replacement dans la cavité cotyloïde. M. Ricard réséqua la tête du fémur sur le pourtour du cartilage et put ensuite sectionner les tissus fibreux interposés, qui empêchaient la réduction. Comme la cavité cotyloïde était en partie comblée par du tissu scléreux, avec la gouge et le maillet il creusa à ce niveau une nouvelle cavité dans laquelle il plaça le col du fémur. Après le pansement, le malade fut placé dans une gouttière de Bonnet avec extension continue du membre. Au bout de six semaines, l'opéré était guéri, une énarthrose était formée, et il peut aujourd'hui marcher convenablement avec un raccourcissement de quelques centimètres. M. Nélaton considère que le procédé de M. Ricard, c'est-à-dire, la résection de la tête du fémur, la section des ligaments interposés et des muscles periarticulaires raccourcis, est la méthode de choix pour le traitement des luxations irréductibles de la hanche, car ce procédé seul permet de lever l'obstacle qui s'oppose à la réduction.

Dr H. Margigney.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 novembre 1890

Présidence de M. le Dr Dumontpallier

De l'erythème noueux chez les enfants. — M. Comby. Cette affection est peu fréquente chez les enfants ; sa rareté relative peut être comparée à celle du zona ; on l'observe dans la proportion de un sur mille enfants traités au dispensaire de la Villette. On les rencontre plus souvent chez les garçons, surtout dans la seconde enfance. Son étiologie n'offre rien de précis. Toutefois M. Comby lui refuse tout rapport de causalité avec le rhumatime articulaire aigu, et avec le paludisme. On observe à la vérité chez certains sujets atteints d'erythème noueux des douleurs vagues autour des jointures, mais elles ne sont pas suffisantes pour caractériser le rhumatisme et établir une relation entre les deux affections,

L'erythème noueux est en général précédé d'une période

Digitized by Google

prodromique, qui dure quelques jours, caractérisée par des malaises, de la courbature, de la constipation, de l'embarras gastrique avec fièvre à exacerbation vespérale. Puis l'éruption reparait avec ses nodosités situées presque toujours sur les membres inférieurs, par ordre de fréquence sur les jambes, quelquefois sur les cuisses ; il est rare qu'elle envahisse les membres supérieurs, particulièrement les avant-bras. Elle se fait en une ou plusieurs poussées successives. Bientôt les nodosités prennent une teinte violacée et disparaissent en huit à dix jours. La convalescence de cette maladie est longue, il y a un abattement profond, de la faiblesse, de l'anorexie.

M. Comby admet que l'erythème noueux est une maladie infectieuse, spécifique que l'on peut comparer aux fièvres éruptives. Elle est le plus souvent bénigne ; sur les seize cas qu'il a observés, il ne l'a vue s'accompagner d'aucune complication.

Le repos au lit, les frictions sur les membres avec un liniment calmant, l'usage interne de la quinine constituent une médication simple qui lui a toujours réussi.

M. Legroux a retiré de bons résultats du salicylate de soude dans le traitement de cette affection, résultats qui plaident en faveur de la nature rhumatismale de l'erythème noueux.

M. Barié demande à M. Comby s'il a observé des cas d'erythème noueux chez des enfants atteints de tuberculose, un auteur allemand ayant signalé ce rapport.

M. Comby répond négativement.

M. Hayem. Le travail de M. Comby soulève une question de pathogénie importante. M. Bouchard a montré, il y a quelques années, la fréquence des maladies cutanées, et en particulier de l'acné, chez les sujets atteints de dilatation de l'estomac. Cette notion pathogénique pourrait être étendue toutes les dyspepsies caractérisées par une altération du chimisme stomacal. Les maladies cutanées ne sont pas moins fréquentes chez les sujets qui en sont atteints. M. Hayem a guéri par une médication générale appropriée, un malade atteint d'acné qui semblait bien digérer, mais chez lequel le chimisme stomacal était cependant altéré. Il y a donc intérêt à examiner l'état du chimisme stomacal chez les individus atteints d'affections cutanées.

M. Hallopeau insiste sur le lien de parenté qui existe entre l'érythème noueux et l'érythème papuleux.

M. Ollivier n'a jamais observé de troubles digestifs chez les enfants atteints d'érythème noueux, quoique ces troubles soient très fréquents dans l'enfance. Il a, au contraire, constaté très souvent le rapport du rhumatisme articulaire aigu avec l'érythème noueux, et il regarde cette dernière affection comme étant de nature rhumatismale.

M. Laveran. Il est fréquent d'observer l'érythème noueux chez les adultes atteints de rhumatisme articulaire aigu, tandis que cette affection est extrêmement rare chez les paludiques.

M. Legroux rapporte un cas de spasme rhythmique du voile du palais semblable au cas que M. Dieulafoy rapporte dans une des dernières séances. Les mouvements se font de droite à gauche, sont perpétuels, non incohérents aux battements du cœur, ne déterminent aucun trouble de la parole ni de la déglutition ; on pourrait désigner cette affection sous le nom de *nystagmus du voile du palais*.

M. le directeur de l'Assistance publique informe la société qu'une demande officielle a été adressée à Berlin pour se procurer de la lymphe vaccinale de Koch ; que des vaccinations seront faites avec cette lymphe dans les services de MM. Vidal à Saint-Louis, Cornil à Laennec et Lannelongue à Trousseau.

La société se réunit en comité secret pour discuter les propositions de M. Huchard sur les réformes de l'enseignement médical et du concours des hôpitaux.

H. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 novembre 1890
Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

M. Vidal présente l'ouvrage de M. le Dr Brocq : Traitement des maladies de la peau.

M. Bouchard lit le rapport sur les épidémies en France en 1889.

M. A. Robin lit le rapport sur les eaux minérales.

Elections. — M. le Dr Périer est nommé membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale par 67 voix sur 70 votants.

INFORMATIONS

FRANCE

Paris. — **L'impôt sur les spécialités pharmaceutiques.** — Malgré l'appui qu'il a reçu de certains membres du Comité d'hygiène, cet impôt soulève de légitimes protestations.

La *Revue générale de clinique et de thérapeutique* en a déjà montré l'iniquité et l'absurdité. Nous nous associons donc à la protestation de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques.

Ce projet est un expédient financier, proposé à l'improviste, appliqué au hasard, menaçant tous les intérêts.

Il aurait pour effet de supprimer les spécialités à bas prix et d'atteindre ainsi les malades pauvres. Il crée entre les fabricants des catégories arbitraires Il serait onéreux par sa perception ; constituerait une prime à la contrefaçon étrangère. En résumé : *impôt antidémocratique, arbitraire, inique, insignifiant pour le Trésor et funeste aux intérêts français à l'étranger.* N. D. R.

Un projet d'institut médico-légal. — Il y a quelques années, on parlait d'édifier un établissement de ce genre dans le voisinage de la Morgue. L'élévation des dépenses architecturales fit abandonner le projet.

Un conseiller général, M. Alpy, reprend actuellement ce projet. Le futur établissement serait destiné à la fois aux expertises médico-légales, à l'instruction des élèves et au laboratoire de toxicologie.

On ne peut que faire des vœux pour le succès de cette création, si, toutefois, bien avisé, le Conseil général y assure le moyen de favoriser l'enseignement libre de la médecine légale et y prévient, par une sage réglementation, les effets du monopole universitaire, dans l'intérêt de la justice et dans celui de la science.

Cochinchine. — **L'institut vaccinogène de Saïgon.** — On se prépare à installer à Saïgon un institut destiné à fournir de lymphe vaccinale les colonies françaises de l'extrême Orient. La direction de cet établissement sera confiée à un médecin de la marine, et, de plus, on établira, comme annexe, un laboratoire complet de bactériologie.

ÉTRANGER

Autriche. — **Les cours de la Faculté de médecine de Vienne.** — Pendant le semestre d'hiver de cette année, il y a 235 cours faits par 152 professeurs :

22 professeurs ordinaires; 36 extraordinaires; 74 privat-docents et assistants.

Sur les matières suivantes :

Histoire de la médecine, 3 ; anatomie, 9 ; physiologie, 12 ; pathologie générale et anatomie pathologique, 18 ; pharmacothérapie, 10 ; médecine interne, 41 ; chirurgie, 39 ; otologie, 7 ; ophthalmologie, 20; gynécologie et maladies des enfants, 31 ; dermatologie, syphiligraphie, 16; médecine mentale, 12; hy-

Digitized by Google

giène et médecine publique, 9; chimie médicale, 7; médecine vétérinaire, 1.

L'année dernière, dans le semestre d'été, on comptait 2,296 étudiants, dont 631 étrangers, russes, roumains, serbes.

A Buda-Pest, l'année dernière, l'Université comprenait 70 professeurs ordinaires, 25 professeurs extraordinaires, 6 professeurs suppléants, 83 privat-docents, 5 assistants, au total : 189 maîtres pour 3,606 étudiants (pharmaciens et sages-femmes compris).

Ces chiffres sont instructifs et surtout affligeants pour les Facultés de médecine française, dont la plus considérable, celle de Paris, compte seulement : 34 professeurs titulaires.

NOUVELLES SANITAIRES

ÉTRANGER

Espagne. — **L'épidémie cholérique de 1890.** — Malgré le silence du télégraphe, l'épidémie continue, bien qu'en décroissance rapide, dans les provinces de Séville (95 cas et 25 décès en deux jours), de Murcie (six villages contaminés), d'Alicante (huit villages contaminés sur le cours du Segura). A Valence, l'amélioration de l'état sanitaire continue de plus en plus.

Abyssinie. — On a des détails sur l'épidémie dans la colonie italienne de Massouah Il y a eu quatre mille victimes parmi les indigènes, du 11 au 25 septembre. Trente-cinq soldats italiens succombèrent Les mesures sanitaires ont été pratiquées sévèrement et consistaient surtout à détruire par le feu les habitations des indigènes.

Asie-Mineure. — Le choléra s'étend toujours en Syrie. Il y a eu du 1er au 15 novembre, 280 décès à Alep et Hims, 100 à Antioche et 210 cas avec 24 décès à Hama qui en est actuellement le principal foyer.

Arabie. — Des détails navrants nous sont communiqués sur le lazaret d'El Tor. Pas d'eau potable, la plupart du temps, dans les campements sanitaires et du biscuit moisi. L'once de pain se vendait 8 piastres, la viande 17 à 20 piastres et le riz 8 piastres. Pas de latrines ; les pèlerins étaient atteints de dyssenterie et mouraient d'inanition.

NOUVELLES MILITAIRES

ÉTRANGER

Italie. — **Un essai de mobilisation de la Croix-Rouge.** — Le 12 courant la section de Gênes a fait des exercices de mobilisation. Le personnel : 50 personnes et le matériel de deux hôpitaux s'est embarqué pour Busala sur la ligne de Gênes à Novare, puis a fait route pour Casella où il a campé. Le 15, marche sur la route des Alpes par Giono et Pontedecimo, les tentes et le campement étant portés par vingt-cinq mulets. La dislocation a eu lieu à Gênes après retour par les voies rapides.

VARIÉTÉS

Une question d'hygiène alimentaire (*Charcutiers et équarisseurs*).— On lit dans la *Revue d'hygiène* sous la rubrique : les *saucissons dits de « Boulogne »* : M. Thomas, inspecteur sanitaire de l'abattoir de Mons, (Belgique), chargé à plusieurs reprises par le parquet de Mons, de faire une enquête dans plusieurs clos d'équarrissage, a constaté que ces établissements étaient doublés d'une fabrique de saucissons de «Boulogne». Il s'est assuré que tous les animaux morts de n'importe quelle maladie servaient à la préparation de ce dangereux aliment.

Depuis longtemps cette fabrication clandestine de charcuterie malsaine a été signalée et poursuivie en France ; de grandes quantités de saucissons faits avec des viandes d'animaux morts de maladie sont saisies chaque jour pour ainsi dire aux Halles de Paris. Le danger est d'autant plus grand que la chair de ces animaux dépecés dans les chantiers d'équarrissage est souvent crue ou à peine cuite. La jurisprudence sanitaire rend difficile dans tous les pays la surveillance, à ce point de vue, des ateliers d'équarrissage ; il est à craindre que beaucoup de maisons, qui ont la prétention d'être qualifiées de bonnes, se laissent entraîner par le bon marché à acheter pour les revendre de ces produits au titre alléchant : saucisson de Bologne ou de Boulogne, on n'y regarde pas de si près. De tout temps beaucoup de personnes se sont méfiées de la charcuterie qui n'était pas fabriquée à la maison ou sous leurs yeux Plus que jamais cette méfiance est justifiée, et si l'on n'y prend garde, voilà bientôt une industrie française qui va être compromise par la mauvaise foi et l'impudence d industriels de bas étage.

Lotion préservatrice contre les piqures d'insectes. — Cette formule, empruntée au *Western Druggist*, a été reproduite par le *Répertoire de pharmacie*. La voici :

Ether acétique	5	grammes.
Eucalyptol	10	—
Eau de Cologne	40	—
Teinture de pyrèthre	50	—

A appliquer en lotions sur la peau, après dilution avec trois à six parties d'eau.

Les buveurs de bière en Allemagne. — D'après les statistiques officielles, la consommation de la bière à Berlin a été 2,692,470 hectolitres en 1889. A Munich elle s'est élevée pendant la même année à 2.680,712 hectolitres. La première ville possède 1,500.000 habitants ; la seconde 250.000. Une simple opération arithmétique suffira au lecteur pour juger du coefficient alcoolique des habitants de l'une et de l'autre de ces cités.

Un médicament explosif. — Il s'agit, d'après le *Répertoire de pharmacie* qui emprunte ce renseignement au *Pharmaceutical Journal*, des pastilles composées au chlorate de potasse et à l'hydrochlorate d ammoniaque.

Ces pastilles sont un remède populaire contre les affections de la bouche et de la gorge ; mais, par suite de leur décomposition, elles peuvent être la cause de graves inconvénients dont l'auteur vient d'être la victime.

Après quelques semaines de préparation, il se forme des produits chlorés reconnaissables à leur odeur, provenant du contact des composants avec la matière organique. Si ces pastilles sont groupées en masses, il peut y avoir développement de chaleur et combustion spontanée. Une certaine quantité fut déplacée des bocaux où elles séjournent habituellement et un flacon, en renfermant quatre onces, était prêt à être délivré lorsqu'il fit soudainement explosion, étant pulvérisé pour ainsi dire et brisant tout autour de lui

L'auteur croit devoir attribuer ce phénomène à la formation de chlorure d'azote, résultant de la décomposition des sels. Cette expérience l'a déterminé à déposer prudemment son stock de pastilles dans le lit de la rivière Delaware « *for safe keeping* » !

Les Sociétés de tempérance et la sécurité sur les chemins de fer. — Les Compagnies de chemins de fer des Etats-Unis et du Canada considèrent la tempérance des mécaniciens, des conducteurs des trains et des aiguilleurs comme la meilleure garantie contre les accidents ; 54 Compagnies exigent de ces employés une abstinence de boissons alcooliques, pendant leur service et 35 une abstinence absolue en tout temps. De plus, elles exigent de leurs employés, un engagement par écrit de se soumettre à ces règles.

De la préparation de la gaze à l'iodoforme et de la gaze au sublimé. — La *Pharmaceutische Zeitung* recommande

Digitized by Google

d'exiger d'une bonne gaze l'iodoforme ; 1° l'adhérence de ce dernier au tissu ; 2° une teinte jaune citron uniforme, sans taches rouges ou bleues. Il est facile de préparer ce produit en procédant de la manière suivante pour *la gaze à 10 0/0 d'iodoforme.*

Dans un ballon de grandes dimensions on introduit 700 grammes d'alcool à 96° et 250 grammes d'éther, puis 50 grammes d'iodoforme, 10 grammes de colophane, 5 grammes de térébentine de Venise et 10 grammes d'huile de ricin. On chauffe très modérément. D'autre part on dissout à chaud 1 gr. 5 de carbonate sodique dans un mélange de 150 grammes d'eau avec 50 grammes de glycérine. On ajoute cette dernière solution à la première en prenant la précaution de chauffer modérément jusqu'à dissolution complète, si une petite quantité d'iodoforme se précipitait.

On verse alors le liquide dans une capsule de porcelaine et l'on plonge le tissu dans la solution, jusqu'à ce que ce tissu soit suffisamment imprégné. On soumet à la dessication à l'abri des rayons solaires et sans chauffer, en étendant la gaze sur de la toile. On conserve dans du papier parchemin.

Pour empêcher la décomposition de l'iodoforme, on a conseillé d'ajouter à la préparation une petite quantité d'hyposulfite sodique. Il paraît que la gaze obtenue pour ce procédé dégage une odeur très marquée d'anhydride sulfureux. Si l'on veut préparer de la gaze iodoformé à 20 0/0, on emploie les quantités suivantes en opérant de même : Iodoforme 50 grammes ; colophane 10 grammes ; huile de ricin 5 grammes ; térébenthine de Venise 3 grammes ; alcool à 96°, 400 grammes ; éther 250 grammes ; carbonate de soude 1 gramme ; eau 75 grammes ; glycérine 50 grammes. Le tout pour 250 grammes de tissu.

Gaze au sublimé. — On prépare en petit la gaze au sublimé à 5 0/0, par le procédé suivant :

On dissout 1 gr. 25 de chlorure mercurique dans un mélange de 300 grammes d'alcool avec 125 grammes de glycérine. D'autre part on fait une solution de 5 grammes de chlorure sodique dans 175 grammes d'eau, on réunit alors les deux liquides. La liqueur obtenue est destinée à imprégner 250 grammes de tissu. On procède de la même façon que pour la gaze iodoformée.

L'inventeur de la thermométrie médicale. — D'après MM. Hallopeau et Poussin, cet inventeur serait un médecin du Périgord qui vivait dans la première moitié du dix-septième siècle, Jean Rey, sieur de la Perotasse, propriétaire de la Forge de fer, à Rochebeaucourt, dans la Dordogne.

Il imagina le thermoscope ou thermomètre à eau, et la *Revue scientifique* publie le passage suivant, d'après lequel il aurait appliqué cet instrument à la clinique :

« Ce n'est rien plus qu'une petite phiole ronde ayant le col « fort long et deslié. Pour m'en servir, je la mets au soleil et « parfois à la main du fébricitant ; l'ayant tout remplie d'eau « fors le col, la chaleur dilatant l'eau fait qu'elle monte : le « plus et le moins m'indiquant la chaleur grande ou petite. »

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Bélot (du Havre), Chollet, médecin à Villedommange (Marne), et Talon, médecin principal à Alger.

Aux Etats-Unis : M. le Dr H. J. Bigelow, professeur honoraire de chirurgie à l'Université de Horward, dont les travaux sur la lithotritie lui valurent, en 1882, un prix de l'Académie de médecine de Paris.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Barbacci. — De la dégénérescence secondaire ascendante des cordons de Gowers (*La Riforma medica*, 27 août 1890).

Begg (Ch.) — Sur la pathologie et le traitement de la diarrhée des pays chauds (*Edimburgh med. journal*, sept. 1890, p. 230).

Benicio de Abren. — Nature et traitement des diarrhées (*O Brazil medico*, 15 août 1890).

Croock (James). — Leçons cliniques sur quelques formes vulgaires d'affections pulmonaires (*The New-York med. journal*, 30 août 1890).

Devoto. — Sur l'existence de l'acétone dans la sueur (*Revista generale italiana di clinica medica*, 31 juillet 1890)

Forbanini. — Contribution à la thérapeutique de l'empyème pleural (*Il policlinico*, 8 sept. 1890).

Hennessey. — Note sur le choléra (*Edimburgh med. journal*, sept. 1890, p. 237).

Lester. — De l'intubation du larynx dans le croup (*The med. Record*, 30 août 1890).

Mc Lane Hamilton. — Traitement par la suspension de certaines affections du système nerveux (*The med. Record*, 30 août 1890).

Mackenzie. — De la maladie de Graves (*The Lancet*, 13 sept. p. 545).

Morselli. — Crises vulvo-vaginales dans l'ataxie locomotrice de la femme (*Giornale di neuropatologia*, 1890, fasc. 2 et 3).

Mott (F.) — Remarques sur la pathologie de l'anémie pernicieuse (*The Practitioner*, août 1890).

Wallace (David). — Paralysie motrice consécutive à une injection hypodermique d'éther (*Edimburgh med. journal*, sept. 1890, p. 244).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Brulant. — Contribution à l'histoire des calculs du canal de Stenon (*Bulletin méd. du Nord*, 27 juin 1890, p. 300).

Caird (J.-M.) — Note sur le traitement des abcès froids (*Edimburgh med. journal*, 1890, p. 226)

Chavernac. — Taille pararaphéale (*Marseille médical*, 30 août 1890).

Ely van de Worker. — Du rétrécissement de l'urèthre chez la femme (*The N.-Y. med. Record*, 22 août 1890).

Fowler (G.) — De la stérilisation du catgut (*The N.-Y. med. journal*, 16 août 1890).

Keen. — La chirurgie des ventricules latéraux du cerveau (*The Lancet*, 13 sept. 1890, p. 553).

Krauss (W.) — Guérison par la compression d'un anévrisme de la maxillaire interne (*The N.-York med. journal*, 2 août 1890).

Laguaité. — Notes de chirurgie (*La Province médicale*, 6 sept. 1890).

Laplace. — Mycosis chirurgicale ((*The N.-Y. med. journal*, 16 août 1890).

Mégevand. — Déchirures du foie par traumatisme (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 20 juin 1890, n° 6).

Miller (A.-G.) — Traitement du pied plat (*Edimburgh Med. Journal*, 1890, p. 221).

Peterson (Frédéric). — Des troubles du sens du goût après l'amputation de la langue (*The N.-Y. med. Record*, 30 août 1890).

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, CHAPUT, DEMELIN, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWALTZ

AVIS

Prime à nos abonnés. — Vers le 15 décembre prochain paraîtra, à l'intention de nos abonnés *anciens* et *nouveaux*, un volume de 350 pages environ (cartonné, format in-18), ayant pour titre :

LES MEMENTOS THÉRAPEUTIQUES DES PRATICIENS

Ce volume, indispensable au praticien, dont il sera le *vade mecum*, est rédigé par des médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux de Paris. Il contient, de plus, un **formulaire raisonné**, et répond au programme que la REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE poursuit plus que jamais :

De la pratique, encore de la pratique, et toujours de la pratique.

Prix du volume : **5** francs.

Prix de faveur, *pour nos abonnés anciens et nouveaux* : **2** fr. **50**, livré dans nos bureaux ; et, par la poste, le port en plus.

Dès à présent, l'administration du journal accepte et sert les abonnements partant du 1er janvier 1891.

Elle prie MM. les souscripteurs, dont l'abonnement expire le 31 décembre prochain, de vouloir bien lui faire parvenir, par mandat-poste, le renouvellement de leur abonnement.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital de la Charité. — M. le Dr S. DUPLAY

Tuberculose ganglionnaire et lymphadénome

Difficultés du diagnostic et traitement (1)

Je vous ai montré, au n° 14, un homme de 33 ans, valet de chambre, entré, il y a douze jours, pour des tumeurs multiples du cou. Il y a trois ans, il a vu se développer, sous l'angle du maxillaire inférieur gauche, une grosseur indolente, d'abord du volume d'une noisette, mais qui augmenta lentement. Cette production resta d'abord isolée, mais, bientôt, il en surgit d'autres en tous sens, du côté gauche du cou. En même temps, il apparut une tumeur solide dans l'aisselle gauche. Le malade resta sans rien faire, quand, il y a dix jours, il fut à la consultation de l'Hôtel-Dieu, où on lui fit une injection avec un liquide brunâtre, vraisemblablement de l'éther iodoformé, qui lui fit mal, développa du gonflement et de la fièvre.

Voici ce que donne l'examen : au cou, appliquée sous l'angle de la mâchoire inférieure gauche, existe une tumeur inégale, formée de plusieurs masses agglomérées, comme montagneuse, de consistance régulière, donnant la sensation de masse solide, sans fluctuation, demi-dure. La peau est normale, un peu rouge par suite de l'injection, mobile sur la tumeur, qui est elle-même mobile sur les parties profondes. C'est la lésion principale, la première en date. Les autres tumeurs, de volume inégal, variant d'un pois à une petite noix, offrent la même consistance ; la peau glisse sur elles, elles glissent sur les tissus sous-jacents. Toutes sont indolentes. Dans l'aisselle se voit une autre tumeur qui rappelle les autres ; elle a la grosseur d'un œuf, elle siège sur la paroi interne du creux axillaire, elle est mobile, la peau qui la recouvre est mobile, mais sa consistance est inégale.

Quelle est donc la nature de ces différentes tumeurs ?

Il suffit de se rapporter à leur forme assez régulière, à leur aspect d'agglomération, à leur siège dans des régions comme le cou et l'aisselle, farcies de ganglions lymphatiques, pour dire que ce sont des tumeurs ganglionnaires, des ganglions augmentés de volume.

Ce n'est pas de l'adénite chronique, car il y a indolence complète et, de plus, une adénite succède toujours à une cause d'irritation qui explique la modification de structure. Ici, on a eu beau chercher à la tête, dans la cavité bucco-pharyngienne, on n'a rien trouvé. Du reste, rien qu'à voir la dissémination des lésions, on peut éliminer l'adénite chronique.

Nous sommes, alors, en présence de ce qu'on appelle les adénopathies, mot vague, mais qui différencie ces affections des inflammations.

On rencontre les adénopathies dans les états diathésiques, syphilis, scrofule.

Pour la syphilis, je ne mets pas en ligne de compte l'adénopathie du chancre, mais les adénopathies plus tardives, que vous trouvez développées à la nuque, au-dessus de l'épithrochlée, aux aines. Mais, jamais, vous ne rencontrez, comme manifestation de la syphilis, un tel développement ganglionnaire localisé à une seule région.

Un mot sur une autre adénopathie diathésique, la scrofuleuse ; je spécifie bien la scrofuleuse, je ne dis pas tuberculeuse. Vous connaissez, chez les jeunes sujets, cette hypertrophie des glandes du cou, qui disparaît sous l'influence du traitement et de l'hygiène.

Je laisse de côté ce diagnostic, notre malade a passé l'âge, il a 33 ans. De plus, l'affection n'a pas cet aspect ;

(1) Leçon recueillie par M. le Dr H. Gillet.

Digitized by Google

elle a une tendance à la symétrie, elle prend, des deux côtés, les ganglions sous-maxillaires et la chaîne de ceux du cou, le long des vaisseaux.

Nous trouvons encore une adénopathie que j'élimine, l'adénopathie cancéreuse, soit secondaire, soit primitive. Cette dernière compte comme une rareté. L'adénopathie cancéreuse succède ordinairement à un cancer des régions dont les lymphatiques aboutissent aux ganglions atteints, dans le cancer de la langue, par exemple. Ici, nous ne pouvons y songer ; la masse serait alors plus grosse, adhérente à la peau et aux tissus voisins.

Nous arrivons à des lésions plus communes, au lymphadenôme, au lymphosarcôme et à la tuberculose ganglionnaire. Il y a aussi quelques faits inexpliqués de tumeurs ganglionnaires d'aspect malin, diagnostiquées cancer par des cliniciens éprouvés et qui disparaissent, je ne dis pas par le fait d'un traitement, mais spontanément. J'ai de par moi plusieurs observations de ce genre de tumeurs à caractère de mauvaise nature et qui, en l'espace d'un an, ont guéri sans intervention; je ne compte pas le traitement purement moral par une pommade à l'extrait de cigüe. A diverses reprises, à la Société de chirurgie, des orateurs viennent, en effet, rapporter des faits de ce genre. L'anatomie pathologie n'est donc pas complètement faite.

Le lymphadénôme consiste dans l'hyperplasie cellulaire du ganglion, le lymphosarcôme dans celle du tissu conjonctif. Ces deux modalités pathologiques donnent les mêmes signes cliniques ; mais il y a des variétés telles qu'elles en obscurcissent l'histoire.

Le lymphadénôme peut être ou bénin ou malin sans qu'on puisse faire à l'avance le départ entre les deux formes.

Voici comment se caractérise la malignité : la tumeur, surtout si l'on a le malheur d'y toucher, se reproduit avec rapidité sur place, à côté, partout ; il se fait une infection générale, même dans des tissus dépourvus de lymphatiques, comme le tissu osseux.

La forme bénigne repullule quelquefois, si on en enlève un fragment, mais à côté et pas au loin.

Ce qui complique la question, c'est que nous ne pouvons pas dire si le lymphosarcôme bénin ne deviendra pas malin. Pendant des années, la tumeur reste isolée ; puis, tout à coup, elle prend un caractère de malignité. Vous voyez combien nous avons de connaissances à acquérir de ce côté.

Après le lymphadenôme vient la tuberculose ganglionnaire qui prête souvent à l'erreur.

Il y a un an, à Beaujon, je voyais une grosse fille, superbe, rose, sans antécédents suspects, qui portait au-dessus de la clavicule une grosse tumeur solide, ayant tous les caractères du lymphôme bénin. J'opère. Au centre du plus gros ganglion se trouvait une masse caséeuse. C'était donc de la tuberculose. Plus tard, elle est revenue se faire enlever un ganglion au cou ; puis il s'est fait une généralisation. Sans le noyau caséeux, on aurait pensé au lymphôme d'abord bénin, puis malin.

Comment donc s'y reconnaître ? Je vais essayer de vous donner en quelques mots le diagnostic entre le lymphadenôme et la tuberculose ganglionnaire. Ce diagnostic extrêmement difficile se base sur différentes considération. C'est d'abord l'âge. Chez les très jeunes sujets, il faut éliminer le lymphadenôme ; la tuberculese est l'affection de prédilection de la première jeunesse. Ce n'est pas une raison suffisante pour ne pas admettre la tuberculose chez notre homme de 33 ans.

La consistance dans le lymphadénôme est égale, comme celle d'un parenchyme élastique, résistante, demi-dure, comme le tissu du rein. Dans la tuberculose ganglionnaire la masse est irrégulière, de consistance inégale. La tumeur de l'aisselle du malade offre certains points plus durs, certains autres qui tendent au ramollissement. Donc, d'un côté, égalité, consistance uniforme, de l'autre côté inégalité, consistance variable. Ce qui nous permettra de faire le diagnostic, c'est encore l'observation de la marche de la maladie et les renseignements.

Il est rare que la tuberculose ganglionnaire persiste sans quelques poussées inflammatoires ; le tubercule évolue et tend à s'éliminer. On voit les malades accuser de temps en temps quelques douleurs ; les ganglions deviennent légèrement adhérents, soit à la peau, soit aux tissus profonds, soit entre eux.

Le lymphadénôme reste toujours mobile, sauf dans le cas d'une disposition anatomique spéciale, ainsi quand il est bridé par une aponévrose.

Pour tirer une conclusion chez notre malade, l'examen de la tumeur du cou ne nous dit rien ; la consistance égale, la durée de plusieurs années, l'absence d'enflammation spontanée feraient rester dans le doute ; mais la tumeur de l'aisselle nous ferait penser à la tuberculose.

Il y a aussi l'état général qui donnera une présomption. Le malade a eu, il y a huit ans, des accidents pulmonaires, une bronchite qui a duré deux mois et qui lui a valu six mois de convalescence. Il a craché du sang ; il tousse l'hiver. Si on examine la poitrine, on trouve des signes de début de tuberculose pulmonaire, respiration rude, expiration prolongée, quelques petits craquements de temps en temps. A part cela, rien dans les autres fonctions ; dans les antécédents héréditaires, rien de net ; sa mère est morte jeune, c'est déjà une mauvaise note. Il a maigri, perdu ses forces. C'est donc vraisemblablement un tuberculeux.

Il y a, pour contrôler le diagnostic, l'examen des organes lymphatiques, rate, amygdales, corps thyroïde ; il est négatif. Il faut se rappeler qu'il existe une forme où le sang subit une modification analogue à la leucocythémie ; mais le lymphadénome, même malin, peut évoluer sans cette leucocythémie.

En tenant compte de la date d'apparition, du caractère de la tumeur de l'aisselle, de l'état général et pulmonaire, nous penchons, toutes réserves faites, vers la tuberculose ganglionnaire.

Que faut-il donc faire ?

Le traitement est à peu près le même dans le lymphadénome que dans la tuberculose.

Si on est arrivé à diagnostiquer un lymphadénome malin, jamais il ne faut y toucher, même au début. Injections interstitielles ou ablation, donnent également

Digitized by Google

un coup de fouet à la maladie. et le sujet est emporté rapidement.

Au contraire, si le lymphadénome est bénin, la tuberculose localisée, on fera l'opération chirurgicale radicale ou les injections.

Chez cet homme, l'ablation des tumeurs bien isolées lui rendra service. Les loges se vident facilement par la pression qui chasse le contenu comme un noyau de cerise entre les doigts.

Dans d'autres cas où on ne peut opérer, on a recours aux injections interstitielles et au traitement général.

Dans ces derniers temps, les injections interstitielles ont été en grande faveur. Elles se font avec l'iodoforme, le naphtol camphré, surtout pour la tuberculose.

Dans les cas de diagnostic douteux, il faut toujours se montrer très réservé. J'ai vu des cas où les injections ont donné un coup de fouet effrayant à la maladie.

Gardez les injections pour la tuberculose certaine.

On a fait encore des injections interstitielles avec la liqueur de Fowler. Je ne les conseille pas. Elles s'adressent plutôt au lymphadénome. Je vous les conseillerai, mais sous-cutanées, comme traitement interne.

En effet, dans les cas hésitants, le seul traitement est l'arsenic par la bouche ou en injections sous-cutanées.

Voilà le vrai traitement. On le continue des mois, des années. On y joint l'hygiène, le séjour à la campagne, surtout au bord de la mer, l'exercice. Je ne parle pas des médicaments qui ont été essayés, l'iode, le phosphore, etc.; tous y ont passé. Il semble que l'arsenic seul produisequelque effet.

Rappelez-vous les cas où des cliniciens très rompus au métier ont diagnostiqué un cancer, dont la guérison s'est faite sans traitement.

Retenez donc la difficulté du diagnostic, possible quelquefois, avec réserve. Réserve aussi du pronostic. Abstenez vous aussi de toute intervention radicale, lors de doute, de peur de voir le développementprendre une intensité dont vous n'avez pas idée, si vous ne l'avez vue, et qui n'est pas à la louange du chirurgien.

THERAPEUTIQUE MÉDICALE

Action thérapeutique de l'extrait de fiel de bœuf dans la lithiase biliaire

Par M. le Dr Blanckaert

Chirurgien-adjoint de l'hôpital de Dunkerque

Depuis plus de deux ans, nous avons entrepris quelques recherches sur l'action du fiel de bœuf dans certaines affections du foie, et ces recherches ont abouti à des succès qui nous ont paru assez remarquables pour être signalés. Aujourd'hui, nous voulons nous borner à l'exposé des résultats obtenus par l'emploi de cette médication dans la lithiase biliaire. Mais une pareille communication nous semblerait par trop incomplète, si elle n'était précédée de quelques considérations très sommaires sur la pathogénie des calculs biliaires, et sur l'action physiologique et thérapeutique du fiel de bœuf.

L'acide cholalique, en se combinant avec le glycocolle et la soude, forme le glycocholate de soude qui maintient la cholestérine en dissolution dans la bile. Si le glycocholate de soude se trouve en quantité insuffisante, la cholestérine se précipite et détermine la production des calculs hépatiques (Kuss).

Or, 1° les auteurs s'accordent généralement à faire dériver l'acide cholalique des matières grasses ; 2° une des principales causes de la lithiase biliaire, c'est la présence dans la bile d'un excès de cholestérine provenant la plupart du temps de la présence d'un excès de matières grasses dans l'alimentation ; 3° la bile concourt à l'assimilation de la graisse et des peptones et probablement favorise les processus chimiques qui ont lieu dans le foie et dans la circulation porte (Murchison).

Puisque la cholestérine ne se précipite et ne forme des calculs biliaires que lorsque le glycocholate de soude se trouve en quantité insuffisante, puisque ce phénomène pathologique coïncide avec la présence d'un excès de matières grasses dans l'alimentation, alors que cependant l'acide cholatique dérive de ces matières grasses et que la bile a pour fonction de faciliter l'assimilation de la graisse et de favoriser les processus chimiques qui ont lieu dans le foie et dans la circulation porte, force est de conclure, avec la plupart des auteurs, que la cause occasionnelle de la production des calculs biliaires est une altération de la bile dans sa qualité ou dans sa quantité. S'il en est vraiment ainsi, le traitement pathogénique de la lithiase biliaire est simplifié.

En effet, la composition du fiel de bœuf offre, avec la composition de la bile humaine, des analogies qui approchent de l'identité : il n'y a de différence accusée que dans la proportion des matières minérales qui est plus élevée dans la bile de bœuf et cette différence est évidemment en faveur de la thèse que nous soutenons.

Fonssagrives, dont l'opinion compte, lorsqu'il s'agit d'une question de thérapeutique, déclare que le fiel de bœuf supplée à la sécrétion biliaire, exerce la même action digestive que la bile humaine, et Schiff, dans ses expériences, trouve que, lorsqu'on introduit de la bile dans les veines ou *dans l'estomac*, l'issue de la bile par une canule introduite dans la vésicule biliaire après l'oblitération du canal choledoque, est *tout d'abord activée*. Nous avons, nous-mêmes, tenté une expérience qui, pour être fort simple, ne nous paraît pas dépourvue d'importance : nous avons placé des calculs biliaires, durcis et desséchés, il est vrai, dans des ballons contenant du fiel de bœuf et maintenus à une température qui a oscillé entre 37° et 40° ; au bout de quelques jours, ces calculs se sont ramollis, sont devenus friables, tellement que la moindre pression les divisait en fragments minimes ; de plus, ils *avaient perdu de leur poids*.

Est-il téméraire de penser que si le fiel de bœuf a pu exercer une pareille action, dans un ballon inerte, sur des calculs vieux, durcis et desséchés, il exercerait cette même action, avec une intensité autrement accusée, au sein de l'organisme vivant, sur des calculs en voie de formation ?

Ne prescrit-on pas, depuis de longues années, et avec beaucoup de succès, contre certains vices de sécrétion de l'estomac, la pepsine extraite de la caillette des ru-

Digitized by Google

minants? Serait-il moins logique de prescrire, contre certains vices de sécrétion du foie, la bile extraite de la vésicule du bœuf?

En dernière analyse, quoiqu'il en soit de la théorie pathogénique, des expériences citées et de l'analogie invoquée, si cette théorie, ces expériences et cette analogie ne peuvent établir qu'une forte présomption en faveur de l'action curative du fiel de bœuf dans la lithiase biliaire, aujourd'hui, nous pouvons l'affirmer, l'information clinique, dont rien ne peut infirmer l'autorité, a transformé cette présomption en certitude.

Depuis deux ans, en effet, nous avons traité, par l'extrait de fiel de bœuf, tous les cas de lithiase biliaire qui se sont offerts à notre observation, et nous avons enregistré une série de succès remarquables, sans un seul échec.

Est-ce à dire que nous prétendons avoir découvert un traitement infaillible de la lithiase biliaire? Nullement. D'abord, nous croyons qu'il n'existe pas de remède infaillible; ensuite, le nombre de faits que nous avons observés jusqu'à présent est insuffisant pour justifier une pareille conclusion. Mais, par contre, nous pouvons affirmer qu'aucun des traitements, usités en pareils cas, ne produit des résultats comparables à ceux que nous avons obtenus par l'emploi de l'extrait de fiel de bœuf.

Pour mettre un peu d'ordre dans l'exposé de ces résultats, nous examinerons l'action de ce médicament *avant*, *pendant* et *après* l'attaque de coliques hépatiques.

Avant l'attaque. — Quant on est appelé avant l'attaque, c'est par un malade expérimenté, qui a déjà souffert, qui connaît la signification des phénomènes qu'il observe, qui sait que les troubles qu'il éprouve annoncent une attaque de coliques hépatiques. Car toutes les attaques de coliques hépatiques, qu'elles soient constituées par un ou par plusieurs accès séparés par des intervalles de plus ou moins de durée, n'éclatent pas brusquement, en pleine santé, et sans être précédées de signes précurseurs. Assez souvent, elles sont annoncées pendant un temps plus ou moins long par divers symptômes, et, dans ce cas, l'on observe le tableau suivant plus ou moins accusé : une teinte ictériques des sclérotiques, qui peut s'étendre à la face, et quelquefois, au bout de plusieurs jours, à toute la surface cutanée; une anorexie allant jusqu'à la répugnance invincible pour toutes espèces d'aliments; des nausées et même des vomissements; une constipation opiniâtre ou quelques selles rares, décolorées, teinte mastic, des urines couleur acajou; une douleur plus ou moins vive dans l'hypochondre droit, exaspérée par la pression; une augmentation variable du volume du foie décelée par la percussion et la palpation; un sentiment de faiblesse extrême, parfois de véritable anéantissement; un pouls calme, et la plupart du temps ralenti.

Si, dans ces conditions, on prescrit l'extrait de fiel de bœuf, le spectacle change, souvent dans les premières 24 heures: l'anorexie, les nausées, les vomissements disparaissent, l'appétit renaît, le malade peut s'alimenter et digère; la constipation est vaincue; les selles se colorent; l'urine perd la teinte ictérique pour redevenir normale; la douleur de l'hypochondre droit diminue pour s'évanouir promptement, et, chose plus curieuse! le volume du foie se réduit, pour reprendre ses dimensions physiologiques; le sentiment de faiblesse et d'anéantissement si pénible, éprouvé par le malade, disparaît, la crise est conjurée, et, après une convalescence fort écourtée, le malade reprend ses habitudes.

Pendant l'attaque. — Il serait puéril de prétendre que, pendant l'attaque, il suffit, pour la juguler, de recourir à la médication que nous préconisons. Il faut, sans perdre de temps, prescrire le traitement de l'accès, tel qu'il a été formulé par M. Huchard, dans ce journal. Mais les faits prouvent que si l'on donne concurremment avec le traitement précédent, l'extrait de fiel de bœuf, l'on écourte singulièrement l'attaque, en restreignant le nombre, et en diminuant l'intensité des accès. De plus, les phénomènes relatés dans le paragraphe précédent, se reproduisent : les signes d'obstruction biliaire, les troubles digestifs, l'état de langueur et de faiblesse, le dépérissement, l'insomnie et l'agitation nocturne, qui subsistent et s'accentuent souvent lorsque l'attaque a été violente et prolongée, disparaissent promptement, et la convalescence est à la fois beaucoup plus franche et considérablement abrégée.

Après l'attaque. — Si, après l'attaque, un certain nombre de malades récupèrent, pour ainsi dire, instantanément tous les attributs de la santé et peuvent continuer à vaquer comme d'habitude à leurs affaires, beaucoup, au contraire (et tous ceux que nous avons observés étaient dans ce cas), demeurent des valétudinaires, atteints d'hypérémie, ou d'engorgement chronique du foie avec toutes ses conséquences, des lithiasiques à forme dyspeptique, des lithiasiques à forme pseudo-gastralgique, des vertigineux, des migraineux, lorsque la sclérose hépatique ne vient pas opposer, en se développant, un obstacle insurmontable et définitif à toute restauration organique.

Or, tous nos malades, après leur attaque, ont été astreints au traitement précité, et tous, depuis plus de deux ans jusqu'à ce jour, ont été maintenus à l'abri de toute récidive. Cependant, plusieurs, parmi eux, étaient tourmentés, depuis dix ans et plus, par huit, dix et même un plus grand nombre par an, d'attaques de coliques hépatiques.

Est-ce à dire que leurs calculs ont disparu, évacués ou dissous? Pour quelques uns d'entre eux, c'est probable, mais nous n'en avons pas la preuve. Ceux-là, en effet, depuis de longs mois, consomment des aliments gras, des féculents, se sont affranchis de toute règle diététique, ont supprimé leur traitement, n'éprouvent néanmoins aucune douleur, ni aucun trouble digestif, ont repris ou dépassé leur embonpoint primitif, et se portent à merveille. Mais nous n'avons pas trouvé dans leurs évacuations, leurs calculs qui, d'ailleurs tout le monde le sait, peuvent passer inaperçus. Nous devons ajouter que ces malades-là constituent jusqu'à présent l'exception.

Pour les autres, au contraire, nous sommes convain-

Digitized by Google

cus qu'ils conservent leurs calculs. En effet, si, comme les premiers, ils n'ont connu jusqu'à présent, aucune récidive; si, comme eux, ils ont pu renoncer plus ou moins rapidement au régime des lithiasiques, consommer des aliments gras et des féculents sans éprouver aucun trouble digestif, récupérer leur embonpoint primitif et jouir d'une santé qu'ils ne connaissent plus depuis de longues années, ils ont été obligés, pour atteindre ce résultat, de continuer rigoureusement leur traitement. Chaque fois qu'ils l'ont interrompu pendant une période plus ou moins prolongée, tous les signes précurseurs d'une attaque de coliques hépatiques apparaissaient bientôt plus ou moins menaçants, et chaque fois aussi, la plupart du temps sans même demander notre avis, ils reprenaient la médication interrompue qui conjurait l'orage et leur procurait le même bienfait. Ces faits ne prouvent-ils pas à la fois que ces malades conservent jusqu'à présent leurs calculs, et que les résultats obtenus doivent être attribués, sans contestation possible, au traitement suivi?

Si maintenant l'on veut bien se reporter aux considérations de physiologie, de pathogénie et de thérapeutique exposées au début de ce travail, l'on sera forcé d'admettre qu'elles ont reçu la consécration de l'observation clinique, et que les faits recueillis sont susceptible d'une interprétation absolument rationnelle.

En résumé, nos observations nous paraissent autoriser les conclusions suivantes :

1° L'extrait de fiel de bœuf, prescrit pendant la période prodromique d'une attaque de coliques hépatiques, supprime cette attaque et fait passer le malade de cette période à la convalescence et à la guérison sans subir l'intermédiaire des accès.

2° Donné pendant l'attaque, il ne suffit nullement à la juguler ; mais, associé au traitement calmant signalé plus haut, il possède le pouvoir de l'écourter singulièrement, en restreignant le nombre et en diminuant l'intensité des accès, comme aussi de rendre plus franche et d'abréger considérablement la convalescence.

3° Administré après et pendant l'intervalle des attaques, il maintient les malades à l'abri des récidives et combat victorieusement l'hyperhémie, l'engorgement du foie et les troubles digestifs si divers et si pénibles, avec toutes leurs conséquences, qui tourmentent nombre de lithiasiques pendant toute leur existence, lorsque la sclérose hépatique ne la termine pas prématurément.

Encore une fois, nous relatons simplement ce que nous avons observé depuis plus de deux ans, sans nous abandonner à des généralisations excessives contraires à l'honnêteté scientifique, devenue, de nos jours, aussi rare que toute autre honnêteté. Le traitement que nous préconisons, appliqué à un nombre de cas plus considérable, produira-t-il des résultats de nature à ratifier, dans l'avenir, les conclusions qui ressortent logiquement et rigoureusement de nos observations actuelles ? Nous n'en savons absolument rien. Mais ce que nous avons le droit d'affirmer, c'est que la présente communication est l'exposé loyal d'une expérimentation clinique sérieuse.

Dans toutes les recherches qui ont servi de base à ce travail, nous avons constamment fait usage de pilules contenant chacune 0,25 centigrammes d'extrait de fiel de bœuf.

Nous avons généralement commencé en prescrivant six pilules par jour, deux au début de chaque repas, et mieux après que le malade avait commencé à manger.

Cette précaution est nécessaire car, exceptionnellement, le médicament, absorbé une demi-heure ou une heure avant le repas, a provoqué une sensation de besoin de manger très pénible, presque douloureuse. Dans d'autres cas, rares aussi, il produisait un peu de pesanteur à l'estomac, qui, au bout de deux ou trois jours, ne se reproduisait plus, sans qu'on fût toujours obligé de diminuer la dose.

Pour déterminer le maximum ou le minimum de celle-ci, notre criterium était la constipation ; nous élevions progressivement le nombre de pilules jusqu'à ce qu'elle fut vaincue; au contraire dans le cas d'une diarrhée se prolongeant plus de deux ou trois jours, et suivant, bien entendu, l'indication du moment, nous l'abaissions jusqu'à production d'une selle par jour. Pour atteindre ce double résultat, nous n'avons jamais dû dépasser (ce que, le cas échéant, nous eussions fait sans hésiter) le maximum de douze pilules en 24 heures, ni le minimum de trois. Chez aucun de nos malades, nous n'avons observé le moindre trouble morbide que l'on pût attribuer au traitement, si prolongé qu'il ait dû être.

Mais s'il est vrai de dire qu'il y a digitaline et digitaline, ou quinquina et quinquina, à plus forte raison sommes nous obligé d'affirmer, pour en avoir fait l'expérience, qu'il y a extrait de fiel de bœuf et extrait de fiel de bœuf. Et si l'on faisait usage d'un produit qui n'aurait pas été preparé avec un soin minutieux, et tout particulier, l'on aboutirait fatalement à de lamentables échecs.

Nous avons l'intention de faire connaitre, dans des communications ultérieures, les succès non moins curieux que nous avons obtenus, par l'emploi du même médicament, dans le traitement:

1° De certaines congestions, et engorgements du foie;

2° De l'ictère catarrhal et de l'ictère spasmodique;

3° De certaines dyspepsies et de certaines gastralgies ayant leur origine dans une affection du foie ;

4° De la dilatation de l'estomac ;

5° Des hémorroïdes.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

Technique opératoire de l'ongle incarné, par M. Pinckaner. — Ce traitement est le suivant (*Thérap. Monat.*, 1890 p. 413) :

1° On hamecte la moitié de l'ongle à enlever avec une solution de potasse à 40 pour cent.

2° Dès qu'elle est ramollie, raclage avec la tranche d'un morceau de verre cassé.

Digitized by Google

3° On répète les mêmes manœuvres jusqu'à réduction de l'ongle à l'épaisseur d'une feuille de papier.

4° Soulever ensuite cette portion d'ongle et la séparer avec les ciseaux. S. R.

Du traitement des hémorrhoïdes par l'excision et la suture, par M. Rafin. — Ce traitement, employé à Lyon par M. Tripier, donne des résultats excellents. En voici les règles (*Lyon médical*, novembre 1890) :

Il faut d'abord débarrasser l'intestin à l'aide de purgatifs et de la diète lactée, et en réaliser l'asepsie par l'usage interne du naphtol associé au salicylate de magnésie.

Avant l'opération, nettoyage du rectum en le lavant largement avec de l'eau aseptique. On y introduit ensuite un dilatateur bivalve qu'un aide maintient ouvert pendant que l'on opère du côté de la concavité. L'hémorrhoïde est saisie avec une pince et excisée à petits coups ; on circonscrit le bourrelet hémorrhoïdaire par une incision du bistouri ; on le dissèque comme s'il s'agissait d'une tumeur à enlever, et, arrivé sur la base, on le sectionne par petites portions, à mesure que les deux bords de la plaie sont exactement suturés. Les sutures sont faites au catgut, qui présente l'avantage de se résorber sans qu'il soit nécessaire de l'enlever.

L'hémorragie est facilement évitée, si l'on a soin d'enlever les hémorrhoïdes par petits coups de ciseaux et en suturant à mesure, aussi exactement que possible. L'opération terminée, M. Tripier soumet le malade à une diète sévère et prévient les selles pendant plusieurs jours à l'aide de potions opiacées.

Ce procédé paraît préférable aux autres méthodes opératoires, parce qu'il n'entraîne pas de douleurs, que la guérison est obtenue en quelques jours, les rétrécissements peu à craindre, et que son danger n'est pas supérieur à celui de toute autre méthode, à la condition de suivre les règles de l'antisepsie générale et spéciale. H. M.

MÉDECINE

De la polymyosite aiguë, par M. Lovenfeld. — Cette maladie peu connue se caractérise par des douleurs lombaires, spontanées et provoquées dans les membres, du gonflement des extrémités et de la faiblesse des mouvements. On observe de la gêne de la respiration et de la déglutition quand, ce qui arrive de bonne heure, les muscles du larynx, du pharynx et de la paroi thoracique sont pris. Conservation des reflexes, éruptions rubéoliformes, mort après un délai variant de un mois à une année. (*Munch. med. Woch*, 12 août 1890.)

A l'autopsie les fibres musculaires sont altérées, hyalines, en dégénérescence graisseuse. Pas de lésions des nerfs, ni de la moelle, M. Lovenfeld a constaté de la myocardite. La pathogénie de cette affection est obscure. S. R.

Valeur sémeiologique de la rétinite brightique par M. Delapersonne. — Certaines néphrites peuvent évoluer sans qu'il soit possible de constater la présence de l'albumine dans les urines pendant un temps fort long. D'autre part, les œdèmes, les troubles cardio-vasculaires ne se montrent pas toujours d'une manière très nette. (*Bull. méd. du Nord*, octobre 1890).

Dans ces cas la rétinite est le symptôme le plus apparent du mal de Bright. A l'ophtalmoscope, la pupille présente quelquefois une coloration rouge intense et semble se confondre avec le fond de l'œil : le plus souvent elle a une coloration blanc sâtre. Elle est plus large et plus saillante; ses bords sont diffus; ses vaisseaux larges et tortueux, forment un coude à leur entrée dans le disque.

Les hemorrhagies retiniennes forment des taches irrégulières, à bords déchiquetés, accompagnant les vaisseaux de petit calibre. Enfin on constate sur la rétine une série de taches blanchâtres de forme et de grandeur variables. Les unes, groupées autour de la macula, sont des taches exsudatives; les autres, disséminées sur tout le fond de l'œil, sont des plaques dûes à la regression de petites hemorrhagies.

Les lesions de la retinite brightique, s'accompagnent en général d'une diminution de l'acuité visuelle de scotomes et de rétrécissement du champ visuel ; elles sont d'ordinaire plus accentuées dans la nephrite parenchymateuse, qui, d'autre part, est la plus facile à reconnaitre.

Mais c'est surtout dans les néphrites interstitielles, si insidieuses dans leur marche, que l'examen de l'œil donne de précieux renseignements. Lorsque l'albuminurie fait défaut dans les cas de ce genre, il est fort difficile de savoir à quelle affection les accidents sont imputables. La valeur pronostique de la retinite brightique n'est pas moins considérable. En effet, la rétinite de la nephrite interstitielle chronique annonce que les lésions rénales et vasculaires sont déjà assez avancées et qu'il y a lieu de redouter des troubles urémiques.

Dans les nephrites chroniques avec troubles oculaires, il faut conseiller les émissions craniennes locales (ventouses scarifiées sur la région temporale), le régime lacté, la caféine, les injections sous-cutanées de pilocarpine repétées tous les deux ou trois jours, les purgatifs drastiques. H. M.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la phtisie aiguë par M. C. Anderson. — Cette médication, très classique d'ailleurs, consiste : 1° à maintenir les forces du malade et à augmenter sa résistance ; 2° à modérer la fièvre et à combattre les complications. (*Brit. Méd. Journal*, 15 nov. 1890).

1° *Régime* : lait, bouillon, potages ; chaque petit repas devant être suivi d'une ingestion de rhum, de wisky ou d'un autre stimulant alcoolique.

2° *Comme antithermique*: prescrire ou bien la quinine à la dose quotidienne d'un gramme et demi ou bien toutes les quatre heures une pilule de Niemeyer :

Quinine.....	0.05 centigrammes
Digitale pulvérisée..	0.00.25 miligrammes
Extrait d'opium.....	0.00.05 milligrammes.

M. Anderson fait appliquer sur l'abdomen des compresses de flanelles réfrigérantes imbibées d'eau glacée en évitant de mouiller la poitrine. Cette médication lui a procuré, dit-il, cinq guérisons sur sept cas. S. B.

Traitement de l'hyperthermie par l'antifébrine à dose refractée, par M. A. Favrat.— Cette méthode thérapeutique a été appliquée contre les températures fébriles élevées de la fièvre typhoïde et de la tuberculose pulmonaire (*Arch. f. Klin Med.*, Heft 6, 511).

On administrait le médicament par prise de 25 milligrammes à 75 milligrammes toutes les heures. Dans aucun cas on ne dépasse la dose totale de un gramme par vingt-quatre heures. L'effet thérapeutique obtenu consistait dans la modération de la température, sans production de sueurs et sans cyanose En manière de conclusion, l'auteur s'élève contre l'emploi de doses massives du médicament. S. B.

TOXICOLOGIE

Empoisonnement par la morphine et traitement par la nitroglycérine, par M. A. Speer. — Un malade ingère vingt-cinq centigrammes de sulfate de morphine. Deux heures après on appelle le médecin qui prescrit le traitement suivant (*N.-Y. Med. journal*, 15 novembre 1890.)

Pensant que l'absorption est achevée, il juge inutile d'employer la pompe stomacale ; mais il prescrit l'injection sous-cutanée de deux en deux heures de un milligramme et demi d'atropine et l'administration de l'infusion de café noir, par le rectum, la déglutition étant impossible. Puis il pratique la galvanisation.

Le lendemain matin, la cyranose persistant, le pouls était à

Digitized by Google

160 ; on comptait 40 mouvements respiratoires à la minute et la respiration était abdominale.

C'est alors qu'on injecta sous la peau trois milligrammes de nitro-glycérine d'heure en heure. Une demi-heure après la seconde dose le malade reprend connaissance et vomit. Une nouvelle dose d'un demi-milligramme est administrée : le sommeil se produit, dure deux heures, et le malade, à son réveil, accuse seulement une violente céphalalgie. Ce succès autoriserait à essayer le même traitement dans des cas semblables.

S. R

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

OPHTHALMOLOGIE

Traitement de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés

L'ophthalmie purulente des nouveau-nés fait encore, à l'heure actuelle, des ravages considérables. Cette dernière semaine seulement on m'a amené de province cinq enfants, âgés de trois à cinq ans, atteints de cécité irrémédiable par le fait de l'ophthalmie des nouveau-nés. Soignée à temps, et bien soignée, l'ophthalmie des nouveau-nés guérit *toujours*. Négligée, elle amène *presque à coup sûr* la cécité. Dans les grands centres, et principalement à Paris, cette affection est généralement bien soignée ; si elle est fréquente, elle laisse tout au moins peu de traces de son passage. Il n'en est pas de même dans les petites villes, et surtout dans les campagnes, où l'on considère l'ophthalmie des nouveau-nés comme une quantité négligeable. Le médecin n'est appelé qu'à la dernière extrémité, lorsque les dégâts produits ne sont plus réparables ; et puis, il faut bien l'avouer, beaucoup de médecins ne savent pas traiter l'ophthalmie des nouveau-nés.

Dans les cas graves, un seul procédé réussit ; or, toute ophthalmie purulente doit être considérée comme grave. Il ne faut pas perdre de vue qu'elle aveugle chaque année des centaines d'enfants ; et pourtant elle deviendrait absolument inoffensive, le jour où partout l'on voudrait appliquer les règles d'une bonne thérapeutique. Ici je ne dirai pas un mot de la prévention de l'ophthalmie purulente. Je la prends au moment où elle éclate, et j'affirme que *bien soignée elle doit toujours guérir.*

Il est des cas bénins qui guérissent seuls ou avec l'aide d'une médication anodine. Ces cas bénins sont malheureux, car s'ils se sont présentés plusieurs fois de suite dans la clientèle d'un médecin, ils lui ont enlevé la défiance qu'il doit avoir vis-à-vis de l'ophthalmie des nouveau-nés, et lorsqu'il se trouve en présence d'un ou de plusieurs cas graves, il les traite de la même façon et perd ainsi les yeux qui lui ont été confiés. Or, il est impossible au début de savoir si une ophthalmie purulente sera bénigne ou grave, que l'on s'aide ou non du microscope, et lorsque l'on s'aperçoit de la gravité de l'affection, il est trop tard ; le mal est fait, les cornées sont perforées, l'iris a fait hernie sur une large étendue, et lorsque les phénomènes inflammatoires sont dissipés, on n'a plus qu'à constater une atrophie des globes oculaires ou de vastes staphylomes antérieurs ; de toutes façons, c'est la cécité perpétuelle pour le malheureux enfant.

Il faut donc *dans tous les cas* considérer comme grave l'ophthalmie des nouveau-nés et la soigner comme telle.

Il y a trois mois environ je suis accosté dans la rue par un monsieur que je connaissais un peu, et qui, après les salutations d'usage, m'apprend que sa femme est accouchée l'avant-veille d'un garçon bien portant et fortement constitué. Je me retirais en le félicitant, lorsqu'il me dit, comme par hasard, que les yeux de l'enfant avaient été trouvés le matin légèrement collés, mais que le médecin et la sage-femme avaient affirmé la bénignité de l'affection, et conseillé quelques lotions avec l'eau de camomille ou de sureau. « Si j'ai un bon conseil à vous donner, lui dis-je, faites soigner sérieusement votre enfant. On ne sait jamais, au début d'une ophthalmie purulente, si elle sera grave ou bénigne. Faites donc comme si les yeux de votre enfant étaient menacés. » Nous nous quittâmes là-dessus. Pour ma part j'étais convaincu qu'il ne tiendrait aucun compte de ma recommandation, lorsque je le vis arriver le lendemain à ma clinique avec son enfant. La scène avait complètement changé depuis la veille. Les paupières étaient considérablement tuméfiées et dures ; une sécrétion purulente abondante coulait sur les joues. Il y avait un chémosis énorme des deux côtés. A droite, la cornée présentait à la partie inférieure une ulcération profonde, à tendance phagédénique, entourée d'une zone d'infiltration. Du côté gauche, il y avait une petite ulcération centrale. Un traitement énergique remit tout en état, et l'enfant guérit parfaitement en une quinzaine de jours. Voilà donc une ophthalmie purulente qui, le vendredi à cinq heures du soir, était absolument bénigne et qui, le lendemain à midi, menaçait les yeux de l'enfant. J'affirme que s'il n'avait pas été soigné comme il devait l'être, quarante-huit après le début les cornées étaient complètement perforées et quelques jours après l'enfant était irrémédiablement aveugle.

Au commencement de cette année, je fus appelé en consultation pour un enfant de six semaines atteint d'ophtalmie purulente. C'était la deuxième rechûte. Trois jours après la naissance, il avait eu une ophthalmie qui avait cédé rapidement à des moyens très simples. Quinze jours après, rechute ; même forme que la première fois, mêmes moyens employés, résultats identiques ; la guérison se fait plus longtemps attendre. Enfin quinze jours après deuxième rechute ; cette fois, les paupières étaient plus tuméfiées, la sécrétion plus abondante, le médecin de la famille avait cru s'apercevoir que les cornées étaient un peu louches ; c'est ce qui l'avait décidé à demander l'avis d'un spécialiste. Le cas, en effet, était grave ; les deux cornées étaient ulcérées sur une assez large étendue. L'enfant guérit parfaitement ; mais s'il avait eu affaire à un médecin moins soigneux ou si le médecin se fiant à la bénignité des deux premières atteintes, s'était contenté pour la deuxième rechute du même traitement anodin, les yeux de l'enfant étaient irrémédiablement perdus. Donc, l'ophthalmie des nouveau-nés doit toujours être considérée comme grave, quelque bénigne qu'elle paraisse au premier abord, et elle doit être traitée comme telle. Le traitement du reste est très simple ;

Digitized by Google

1° Application constante sur les paupières tuméfiées de coton hydrophile antiseptique imbibé d'eau glacée. Pour maintenir le froid, on met des petits morceaux de glace entre les mailles du coton hydrophile. L'application de glace doit être permanente, on n'en cesse l'usage que lorsque les paupières ne sont plus tuméfiées. Il est donc inutile de l'employer, lorsque la tuméfaction des paupières ne fait pas partie du cortège des symptômes de l'ophthalmie purulente.

2° Toutes les heures, sauf pendant la nuit où l'enfant a besoin de repos, écarter légèrement les paupières après s'être lavé les mains au savon et les avoir passées dans une solution antiseptique (sublimé au $\frac{1}{2000}$) et enlever avec délicatesse le pus qui se présente entre les paupières avec du coton hydrophile trempé dans une solution de sublime au $\frac{1}{1000}$ (liqueur de van Swieten).

3° *Le matin et le soir*, après avoir bien nettoyé les paupières, instiller dans l'œil malade, à l'aide d'un compte-gouttes, 4 ou 5 gouttes du collyre suivant :

Sulfate neutre d'ésérine...	0,10 centigrammes
Eau distillée.....	30 grammes

Il faut veiller à ce que la solution soit transparente, légèrement rosée après deux ou trois jours de préparation, et inodore. La solution d'ésérine, qui n'offrirait pas ces caractères de limpidité et d'absence d'odeur, devra être proscrite, et rejetée comme nuisible.

4° Si les cornées sont intactes, on fait instiller deux fois dans la journée, et toujours après nettoyage des paupières, 4 ou 5 gouttes du collyre suivant :

Sulfate de zinc.....	0,10 centigrammes
Eau distillée.	20 grammes

Si les cornées présentent quelque altération, il est préférable de s'abstenir de l'emploi de collyre astringent, et *surtout dans aucun cas ne prescrire les instillations du nitrate d'argent* qui peuvent amener la desquamation de la surface épithéliale de la cornée.

5° Une fois par jour, retourner avec soin les paupières de l'enfant, de façon à avoir sous les yeux la surface muqueuse, et passer *légèrement* un pinceau imbibé de la solution suivante :

Nitrate d'argent.... ..	0,50 centigrammes
Eau distillée.....	25 grammes

dont l'on pourra neutraliser l'excès à l'aide d'un pinceau trempé dans de l'eau salée.

La solution de nitrate d'argent au $\frac{1}{50}$ est tout à fait suffisante.

Il est inutile d'employer des solutions plus fortes. Il faut absolument renoncer à l'emploi du crayon mitigé, et surtout du crayon des trousses. Avec ces caustiques on produit des eschares dures, qui desquamment l'épithélium cornéen et ouvrent ainsi la porte à l'infiltration de la membrane transparente par les streptocoques qui pullulent dans les culs de sac.

En suivant ce traitement à la lettre, on ne doit plus perdre un seul œil atteint d'ophthalmie purulente, à condition que le traitement soit appliqué dès le début de l'affection.

Dr A. Deifenne.

OBSTÉTRIQUE D'URGENCE

De la mort apparente du nouveau-né

Dans tout accouchement, même le plus normal, l'accoucheur doit, pendant la période d'expulsion, ausculter tous les quarts d'heure le cœur du fœtus. C'est, qu'en effet, des incidents se produisent assez souvent, qui sont de nature à gêner la circulation fœto-placentaire et à mettre l'enfant en péril.

Il faut donc *prévoir* la mort apparente du nouveau-né ; on doit surtout s'y attendre dans certains cas :

1° Lorsque les battements du cœur se modifient en fréquence, en qualité, en régularité, *dans l'intervalle des contractions utérines*, car, lorsque l'utérus se contracte, les battements du cœur se ralentissent parfois dans des proportions considérables et disparaissent même momentanément, pendant une forte douleur, sans que l'enfant soit en danger ;

2° Lorsque la poche des eaux étant rompue, et l'enfant se présentant par une autre région que le siège, le liquide amniotique est teinté de méconium ;

3° Lorsqu'il y a procidence du cordon ombilical ;

4° Lorsque le travail a duré longtemps ;

5° Lorsqu'une opération (forceps ou version) doit être pratiquée.

Il faut préparer à l'avance :

1° Une table recouverte d'un oreiller et d'une pièce de linge, pour y déposer le nouveau né ; sur cette table seront placés un flacon d'alcool, quelques plumes d'oie, quelques compresses, un insufflateur de Ribemont ;

2° Un bain chaud dans lequel on pourra plonger l'enfant séance tenante. Il est nécessaire que ce bain soit prêt avant la terminaison de l'accouchement.

A la dilatation complète du col, si les battements du cœur fœtal se ralentissent dans l'intervalle des contractions utérines, et si le liquide amniotique s'écoule teinté en vert par le méconium, il faut, sans plus tarder, terminer par un forceps ou une version.

L'enfant est né en état de mort apparente. Que faire ? S'il paraît inanimé, inerte au moment où il sort des voies génitales, on coupera de suite le cordon ombilical *sans faire saigner le bout fœtal* qui sera lié ou comprimé entre les mors d'une pince hémostatique. On introduira l'index au fond de la gorge pour ramener les mucosités qui obstruent les voies aériennes ; c'est à cet usage que servent aussi les plumes d'oie ; on flagellera l'enfant sur les fesses et les cuisses ; on le frictionnera sur la poitrine en y versant une certaine quantité d'alcool ; on le plongera à plusieurs reprises dans le bain préparé d'avance (le bain doit être *chaud*, mais non brûlant ; il contiendra du sel ou de la farine de moutarde ; il sera réchauffé tant que l'accoucheur le jugera utile).

Si, malgré ces soins, la respiration ne s'établit pas, il faudra faire, sans plus attendre, l'insufflation.

Digitized by Google

Le tube de Ribemont est excellent, mais sans la poire de caoutchouc qui l'accompagne. Pour l'introduire, on procède de la manière suivante : l'index gauche pénètre dans le fond de la gorge en suivant, *sans l'abandonner*, la face dorsale de la langue ; il arrive ainsi sur la *fente glottique* où sera placé l'instrument. Celui-ci, tenu de la main droite, est enfoncé doucement dans la bouche entre la langue et la face palmaire de l'index conducteur ; il entre bientôt dans le larynx.

L'écueil est d'aller trop en arrière dans le pharynx. L'instrument, s'il est bien placé, est senti *superficiellement* dans la région antérieure du cou ; l'accoucheur reconnaît sa consistance et sa forme ronde à l'aide du pouce de la main gauche resté en dehors de la bouche, tandis que l'index de la même main n'a pas changé de place. De plus, l'air insufflé gonfle la poitrine si le tube est bien dans les voies aériennes, tandis que, dans le cas contraire, c'est la région épigastrique qui se soulève.

L'instrument une fois introduit, il faut d'abord *aspirer* avec la bouche les mucosités des voies aériennes ; puis retirer l'insufflateur, chasser, en soufflant, le liquide filant qu'il a ramené ; puis le réintroduire, et souffler seulement alors.

Il faut souffler sans violence, mais avec assez de force. Quand l'air a pénétré dans les poumons, il faut faire l'expiration en comprimant modérément la poitrine ; puis, on recommence à souffler, et ainsi de suite. Il faut continuer non seulement jusqu'à ce que l'enfant ait fait des inspirations spontanées, mais jusqu'à ce qu'il ait ouvert les yeux et qu'il ait fait des efforts pour crier. Lorsqu'on n'a obtenu aucun résultat au bout d'une demi-heure, il est à craindre qu'on ne puisse ranimer l'enfant. Si, au bout de trois quarts d'heure, il n'y a ni battement de cœur, ni inspiration spontanée, on peut abandonner la partie.

Quand on n'a pas sur soi son insufflateur, on peut recourir avec fruit à l'insufflation bouche à bouche, une compresse étant interposée entre l'opérateur et l'enfant.

Dr Demelin.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

GYNÉCOLOGIE

I. **Du traitement de la syphilis pendant la grossesse.** — L'intervention thérapeutique doit être énergique d'après M. E. Besnier et consister tout à la fois dans l'administration des toniques et des agents spécifiques.

1° *Médication tonique*, Bonne alimentation, sirop d'iodure de fer, préparations de quinquina.

2° *Médication spécifique*, Tous les jours administrer une des pilules suivantes :

Bichlorure de mercure	0.01 centigramme.
Extrait thébaïque . . . . }	ãã. 0.005 milligrammes.
Extrait de gentiane. . . . }	
Glycérine	q. s.

F. s. a. une pilule. L'adjonction de la glycérine a pour but de rendre la pilule de molle consistance.

2° En même temps prescrire l'iodure de potassium de la dose de un demi-gramme à un gramme.

Le traitement se continue pendant toute la durée de la grossesse et l'augmentation du poids de la malade sera la mesure de son efficacité.

MÉDECINE

II. **Quelques indications thérapeutiques dans le cancer de l'estomac.** — Trois indications à remplir : 1° régime ; 2° antisepsie ; 3° traitement symptomatique.

1° Régime. — Il a pour objet de réduire au minimum le travail stomacal et de tenir compte de ce fait que, dans cette affection, il y a diminution de l'acide chlorhydrique du suc gastrique : lait, régime végétarien (Dujardin Beaumetz).

Dans le cancer du cardia, il faut de toute nécessité prescrire des aliments liquides ou demi-liquides, comme dans le retrécissement œsophagien. Les poudres de viande et les poudres de légumes secs rendent de réels services.

2° Antisepsie. — *Dans le cancer des parois de l'estomac*, on administrera les poudres antiseptiques : salicylate de bismuth, salol, charbon, etc, associées à des correctifs appropriés aux indications.

S'il existe des pyrosis, on formulera :

Salicylate de bismuth . . . . }	ãã 5 grammes.
Magnésie calcinée. . . . . }	
Bicarbonate de soude . . . . }	

F. s. a. pour quinze cachets : un cachet avant chacun des repas.

S'il existe des flatulences, on préférera :

Salicylate de bismuth . . . . }	ãã 5 grammes.
Naphtol B . . . . . }	
Charbon pulvérisé . . . . . }	

F. s. a. pour quinze cachets. A la même dose.

On peut encore prescrire la poudre au salol :

Salol . . . . . }	ãã 10 grammes.
Bicarbonate de soude . . . . }	
Pour trente cachets.	

Ou s'il existe des douleurs vives :

Salicylate de bismuth.	5 grammes.
Extrait de belladone	15 centigrammes.

F. s. a. de douze à quinze prises. Une prise avant chacun des repas.

Dans le *cancer du pylore*, surtout avec ectasie gastrique, on pratiquera les lavages antiseptiques avec l'eau naphtolée au millième ou l'eau chloroformée.

3° Traitement symptomatique. — Il faut calmer les *douleurs* :

1° Contre la *douleur causée par le contact des aliments* : régime lacté, aliments liquides.

2° Contre la *douleur due à l'accumulation des gaz* : carminatifs, oléosaccharure d'anis (Bamberger), à la dose d'une demi-cuillerée à café dans quelques cuillerées d'eau.

3° Contre les *douleurs névralgiques* : injections de morphine ; ou mieux d'atropine et de morphine, suivant la formule suivante :

Digitized by Google

Hydrochlorate de morphine . . . . 0.10 centigr.
Sulfate neutre d'atropine. . . . . 0.010 milligr.
Eau distillée . . . . . 20 grammes.

Ou bien, à l'intérieur, les gouttes noires anglaises, l'élixir paregorique et la préparation suivante (Bamberger) :

Hydrochlorate de morphine . . . . 0.10 centigr.
Extrait de belladone. . . . . 0.10 —
Eau de laurier cerice . . . . . 10 grammes.

Cinq gouttes à la fois dans quelques cuillerées d'eau sucrée.

Contre les *hématémèses*, avec la glace à l'intérieur, on peut prescrire :

Tanin pur . . . . . 0.60 centigrammes.
Opium brut pulvérisé. . . . . 0.10 —
Sucre blanc . . . . . 5 grammes.

Divisez en six paquets semblables. Un paquet toutes les heures.

CH. ELOY.

TRAVAUX ORIGINAUX

Application de forceps sur la tête dernière

Par le Dr MAXIME CHALEIX
Chef de clinique obstétricale à la Faculté de Bordeaux

Marguerite D., 19 ans, domestique, entre à la Clinique d'accouchements de la Faculté de médecine de Bordeaux, le 20 juin, à dix heures et demie du matin. Primipare. — D. R. — 3 septembre.

Elle souffre, dit-elle, depuis le milieu de la nuit et aurait perdu les eaux vers dix heures du matin. Les contractions utérines sont assez fortes et rapprochées.

Au palper on reconnait au niveau du détroit supérieur la présence d'une tumeur volumineuse, arrondie, inégale dans sa consistance, qui paraît être le siège ; l'hypocondre droit est occupé par la tête qui ballote nettement sous la main dans l'intervalle des contractions. Le plan rectangulaire dorsal est orienté à droite et en avant. Des battements redoublés, normaux et bien frappés, s'entendent à droite de l'ombilic.

Le col est effacé ; son orifice dilaté a un diamètre d'environ deux centimètres. A ce niveau, on trouve le pied droit prêt, semble-t-il, à franchir l'orifice cervical. Le doigt revient teinté de méconium. En somme, il s'agit d'une présentation du siège complet, en position SIDA.

A onze heures et demie, l'engagement tend à se faire, les battement du cœur s'entendent à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Les contractions utérines sont devenues plus faibles. La dilatation est la même.

A une heure dilatation de trois centimètres. A quatre heures la dilatation n'a pas changé ; les douleurs sont faibles, plus espacées. Les battements du cœur du fœtus sont ralentis.

A cinq heures, même dilatation, le doigt revient chargé de méconium. Les battements du cœur fœtal sont faibles et lents. Estimant qu'il y a lieu de hâter la marche du travail, je bénéficie de ce fait que le pied droit se trouve au niveau même de l'orifice cervical, je saisis le pied entre l'index et le médius, je l'attire dans le vagin, et défléchis alors tout le membre inférieur : le pied apparait presque à la vulve.

A cinq heures et quart, la dilatation est de plus de quatre centimètres. A six heures elle est de sept centimètres, les battements du cœur sont petits, faibles, lents, misérables — les douleurs sont courtes et très espacées. Le vagin est plein de méconium. Sans doute, ce dernier signe a une valeur moindre puisqu'il s'agit d'une présentation du siège, mais comme il coïncide avec le ralentissement des battements du cœur il mérite qu'on y porte attention.

Le pied gauche se trouve au niveau de l'orifice cervical.

Désireux de précipiter la terminaison de l'accouchement vu le mauvais état général du fœtus, je défléchis ce pied et l'amène au dehors. Puis pour faciliter toute intervention je place immédiatement la paturiente en travers du lit dans la position obstétricale dorsale.

A ce moment survient une contraction qui expulse le tronc jusqu'au niveau de l'ombilic. Je fais une anse aux cordon et n'y constate aucun battement. Légère traction sur les cuisses pendant qu'un aide presse doucement sur la tête, de haut en bas à travers la paroi abdominale, la tête franchit aisément le détroit supérieur et vient appuyer sur le plancher du périnée. En ce moment ma main appliquée sur la région précordiale du fœtus ne perçoit que des battements à peine distincts.

Pendant la traction, les deux bras se sont relevés, je dégage le bras postérieur, puis, transformant le bras antérieur en bras postérieur, je le dégage également à la commissure postérieure de la vulve.

J'accomplis le mouvement de rotation de la tête, l'occiput est directement sous la symphise. Il n'y a plus la moindre contraction utérine, par contre, les muscles du plancher périnéal sont tendus et résistants.

Aussi, c'est avec peine que j'arrive à introduire deux doigts de ma main gauche jusqu'à la bouche du fœtus pour tenter la manœuvre de Mauriceau. Cette manœuvre échoue absolument ; la tête, qui d'ailleurs a franchi le col utérin, demeure immobilisée au niveau du plancher du bassin.

Au cours de cette tentative, le fœtus exécute deux mouvements rapides d'inspiration, puis il me semble que son cœur cesse de battre. Je demande un forceps et, faisant relever le tronc du fœtus, j'applique directement les deux branches et amène l'issue immédiate de la tête par flexion. L'opération n'a pas duré trois minutes.

Section du cordon après ligature fœtale. Le fœtus est pâle, en état de mort apparente, son cœur bat encore très faiblement. Il n'est ranimé qu'après vingt-cinq minutes de manœuvres diverses (bain chaud, frictions et affusions d'alcool, insufflations à l'aide de l'appareil de Ribemont.)

C'est un enfant du sexe masculin pesant trois kilog., long de 50 centimètres Les diamètres céphaliques sont les suivants :

O M = 12.5 — O F = 11.5 — D Max. 13.
S O B = 9 3/4 — P P — 9 — T T = 8.

Délivrance naturelle dix minutes après l'accouchement ; le placenta pèse 450 grammes, — le cordon mesure 58 centim — ils ne présentent rien de particulier.

Cette observation n'a d'autre intérêt que de montrer une fois de plus qu'en certains cas, heureusement peu fréquents, l'application du forceps est le seul moyen d'extraire à temps une tête retenue dernière au détroit inférieur. Cette manœuvre est loin d'occuper une place incontestée en obstétrique, malgré les arguments si convaincants de Crédé, de Litzman, de Lomer et surtout de notre maître, M. Budin. On lui reproche d'abord d'être inutile. M. Pinard a même prétendu que « les » parties molles ne sauraient offrir un obstacle insur- » montable à l'opérateur qui dirigerait bien les trac- » tions en maintenant la tête dans les rapports qu'elle » occupe lorsque, dernière, elle sort spontanément. »

Schrœder la condamne plus catégoriquement encore : « Si l'on ne réussit pas à extraire la tête avec les mains, » ce n'est pas au forceps que l'on aura recours, mais à » la perforation du crâne. »

Digitized by Google

Dans le cas que nous venons de raconter, la tête appuyait à fond sur le plancher du périnée, aucun autre obstacle que la résistance des parties molles n'arrêtait sa sortie. Nous avions tenté la manœuvre de Mauriceau et l'effort déployé par nous sur le maxillaire ne pouvait être plus énergique sous peine d'entraîner une fracture de cet os. La pression exercée par un aide agissant de haut en bas sur la tête à travers la paroi abdominale ne donnait rien, vu l'engagement profond. Or, le cordon ne battait plus, les palpitations cardiaques étaient à peine perceptibles. Que pouvions-nous faire pour essayer de sauver la vie de l'enfant si sérieusement menacée ? Nous n'avons même pas songé à la méthode dite de Prague, manœuvre brutale qui consiste à exercer une friction énergique en portant brusquement le dos du fœtus sur le ventre de la mère, souvent au plus grand dommage des parties fœtales et des parties maternelles. D'ailleurs la tête était trop descendue pour que ce procédé pût être de quelque utilité.

Avant de considérer l'enfant comme perdu, ou même de le sacrifier délibérement avec Schrœder, nous estimons qu'il est plus dans le rôle de l'accoucheur, une fois que la manœuvre de Mauriceau, tentée avec méthode et énergie, aura échoué, de ne point perdre de temps et de faire sans retard une application de forceps.

Cette opération est loin d'être difficile : le tronc étant relevé par un aide, on place une branche à gauche, l'autre à droite.

C'est simple et rapide. Pour Crédé, « elle est plus aisée que sur la tête première, car on se guide par le tronc qui fixe la tête et la rend immobile. »

D'autre part, le forceps, par sa prise symétrique et solide sur la tête, aura une action plus puissante que la main. « Tout opérateur tant soit peu familier avec les » opérations obstétricales ne mettra pas plus de deux » ou trois minutes pour appliquer le forceps dans ces » circonstances. On évalue généralement à huit ou dix » minutes le maximum du temps pendant lequel on peut » encore espérer d'amener au dehors un enfant vivant. » Si donc on n'a pas réussi pendant cinq minutes à ex- » traire l'enfant avec les mains, il faut immédiatement » appliquer le forceps (1). »

L'application de forceps sur la tête dernière nous paraît donc bien manifestement une ressource suprême, dans tous les cas où, la tête étant retenue au détroit inférieur par la résistance des muscles du plancher périnéal, des tractions simultanées sur le maxillaire inférieur et sur les épaules, aidées par une pression exercée de haut en bas sur le front au travers des parois abdominales, demeurent sans résultat, et que l'état général de l'enfant indique qu'il va mourir si on ne lui porte secours en toute hâte.

Aussi ne saurions-nous mieux faire que de reproduire les paroles par lesquelles M. Budin terminait une de ses leçons cliniques : « Toutes les fois que vous ferez l'ex- » traction d'un enfant venu par le siège et que vous » pratiquerez une version podalique par manœuvres in- » ternes, à côté de l'insufflateur et de tout ce qui est » nécessaire pour ranimer le nouveau-né, s'il vient en » état de mort apparente, n'oubliez pas de préparer un » forceps. »

C'est pour avoir suivi ce précepte que nous avons pu, dans le cas actuel, sauver cet enfant.

(1) Crédé (*Arch f. Gyn.*, 1885), in Th. de Waymbaum, Paris, 1888.)

REVUE DES THÈSES

De la bronchite dans la fièvre typhoïde, par M. le Dr Billout (*Thèse de Paris* 1890).

L'auteur, s'appuyant sur des observations cliniques et des recherches bactériologiques récentes, nous offre une étude fort intéressante sur la bronchite de la fièvre typhoïde. Ce sujet est connu depuis longtemps, mais la façon dont il a été traité par le Dr Billout lui donne l'attrait de la nouveauté. Tout le monde sait que la bronchite est fréquente dans la dothiénenterie, qu'elle se montre dans toutes ses périodes et principalement au début, qu'elle se termine le plus souvent par la guérison, à moins qu'elle ne dégénère en bronchite capillaire, en broncho-pneumonie, ou qu'elle ne soit compliquée de congestion pulmonaire hypostatique.

A côté de cette forme commune, il en existe une autre, probablement due à une infection des poumons par les germes pathogènes, que l'on a désignée sous le nom de broncho-typhoïde. Elle débute en général brusquement, sans prodromes, vient surprendre une personne jusque là en pleine santé, présente tous les symptômes d'une bronchite aiguë, violente, généralisée, et s'accompagne rapidement d'un état typhoïde grave. A ce moment le diagnostic, s'il s'agit d'un cas isolé, et sporadique, reste fort incertain ; il y a lieu de songer à la grippe, à une phtisie aiguë Puis les symptômes thoraciques diminuent pendant que s'en développent d'autres, qui reproduisent progressivement le tableau du typhus abdominal classique.

L'absorption rapide, à la période d'invasion, du bacille d'Eberth au niveau des plaques de Payer, son transport par la voie sanguine et sa colonisation dans le poumon, permettent d'expliquer ces manifestations thoraciques de la fièvre typhoïde. Disons que la présence de ce bacille a d'ailleurs été constatée dans les poumons par M. Netter et par MM. Chantemesse et Widal.

La thérapeutique devra être faite en partie double : contre la dothiénenterie on instituera le traitement habituel de cette affection. La bronchite simple sera surtout combattue par les moyens externes, tels que les ventouses ; la broncho-typhoïde sera, de plus, heureusement traitée par les bains progressivement refroidis.

H. M.

LA RÉFORME DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Dans un article publié dernièrement par la *Gazette hebdomadaire* — (journal que je me fais un devoir de citer), — M. Lereboullet, passant rapidement en revue quelques-unes des réformes que je réclame, ajoute ces mots : « Il en est qui seraient acceptés par l'opinion pu- » blique et qui pourraient même être réalisées sans » grandes difficultés. » Dans ce nombre, il place la suppression du concours de l'Externat et l'organisation des consultations hospitalières. Voilà déjà deux points sur lesquels nous sommes d'accord. Mais, je tiens à faire remarquer que la suppression du concours de l'externat m'importe moins encore que la suppression de l'alloca-

Digitized by Google

tion allouée à chaque externe; elle réaliserait, comme je l'ai dit, une sérieuse économie destinée à la création de chefs de laboratoires dans tous les hôpitaux.

Pour mon excellent confrère, la question du mode de recrutement des médecins et des chirurgiens des hôpitaux serait infiniment plus difficile à résoudre, et il laisse entendre qu'elle devrait être ajournée. Car, faisant allusion aux « fameuses combinaisons » dont j'ai parlé, il dit que je n'ai pas indiqué les causes réelles « d'un » mal dont il serait puéril de nier les conséquences. Ce » ne sont pas — ajoute-il — à notre avis, les institutions, » ce sont les mœurs et les traditions qu'il convient de » changer. »

Et voilà pourquoi votre fille est muette !...

En signalant les vices des concours tels qu'ils existent, je crois avoir implicitement fait le procès à nos mœurs actuelles. Mon distingué contradicteur nous apprend qu'il faut changer celles-ci. D'accord. Mais je demande le moyen pratique d'y arriver directement. Tout le monde sait qu'on ne biffe pas les mœurs d'un trait de plume ou par un simple décret. Il ne suffit pas de dire hautement aux juges d'un concours : « Messieurs, changez vos mœurs », pour qu'immédiatement celles-ci se transforment. Les mœurs sont souvent, sinon toujours, ce que les institutions les font, et pour ne pas mettre la charrue avant les bœufs, je trouve plus rationnel et plus pratique de modifier d'abord les institutions, dans le but de changer ensuite les mœurs.

Quant au concours des hôpitaux, il n'est pas si difficile à modifier qu'on veut bien le croire, et j'ai prouvé que l'admissibilité définitive, le rétablissement de l'épreuve de la consultation, l'institution de deux jurys *différents* pour les épreuves terminales, contribueraient à l'amélioration de ce concours, et peut-être au « changement de nos mœurs ». Je ne parle que pour mémoire, de l'épreuve sur titres scientifiques ; il paraît que nous ne sommes pas encore mûrs pour cette réforme. Mais, on y arrivera, tôt ou tard.

Ensuite, M. Lereboullet s'élève, avec grande raison, contre la suppression du concours de l'internat. A ce point de vue, je partage absolument son avis, et je ne sais pas ce qui a pu faire croire que je demandais cette suppression. Bien au contraire, je crois que des améliorations doivent être demandées pour son relèvement comme pour celui du concours de la médaille d'or, où des épreuves de clinique, c'est-à-dire de diagnostic, démontreraient bien mieux la valeur des candidats que ces mémoires, dits originaux, à la confection desquels participent le plus souvent des amis complaisants et les chefs de service. Voyez donc cette inconséquence flagrante : on a institué une épreuve sur titres scientifiques pour le concours de la médaille d'or, et on la refuse pour les candidats au bureau central, alors que cette épreuve aurait bien plus de valeur et consacrerait mieux encore les mérites de chacun !

Abordant ensuite la question si importante de l'enseignement médical dans les hôpitaux, M. Lereboullet y voit toutes sortes de difficultés : frais considérables qu'entraîneraient l'organisation des laboratoires et la juste rémunération des professeurs, question de collation des grades, etc. J'ai déjà répondu qu'on peut fonder des laboratoires sans charges budgétaires nouvelles pour l'Assistance publique avec l'économie réalisée par la suppression d'un grand nombre d'internes en pharmacie (de plus en plus inutiles) et de l'allocation pécuniaire attribuée à chaque externe. D'un autre côté, les chefs de service, qui font depuis de longues années des cours libres dans les hôpitaux, n'ont jamais demandé aucune rémunération, et la question budgétaire ne se poserait jamais si l'on admettait le juste principe de la rétribution des professeurs par les élèves. Sur le troisième point — la collation des grades — j'avoue que la routine est tenace et toute-puissante. Ce sera la grande bataille à livrer; mais il y a déjà un moyen détourné d'avoir satisfaction à ce sujet : c'est de demander, encore et toujours, la séparation du corps enseignant et du corps examinant, et ce n'est pas en s'exclamant sur la ténacité de ceux qui ont intérêt à conserver cette chose monstrueuse, qu'on pourra faire avancer la question d'un seul pas.

Du reste, il ne s'agit pas, pour l'instant, de fonder à Paris une nouvelle école de médecine, il s'agit d'*organiser* l'enseignement médical des hôpitaux, un enseignement *pratique* de la médecine, lequel n'existe pas. Comme je le disais déjà en 1888 (1), quand on se trouvera en face d'un fait *accompli*, la réglementation de cette école pratique de médecine se fera toute seule. En bonne guerre et pour vaincre, il faut savoir quelquefois exécuter des mouvements tournants.

Sachons donc « sérier » les réformes, en commençant par les plus urgentes ; les autres viendront après, tout naturellement. Surtout ne désespérons pas de notre pays, ni de ses mœurs. Il donnera un jour un démenti à cette parole de Prévost-Paradol : « La France sait faire des révolutions ; elle est incapable de faire des réformes. »

Parmi les réformes urgentes, il ne faut pas se lasser de réclamer : la suppression de l'allocation attribuée aux externes, la réorganisation des consultations hospitalières, la nomination pour chaque hôpital de chefs de laboratoires d'anatomie pathologique et de bactériologie (2), la création de services affectés à diverses spécialités, la réforme du concours du bureau central, l'organisation de l'enseignement médical des hôpitaux.

A ce dernier point de vue, nous avons eu des précurseurs dans les personnes de Delasiauve, de Bourneville, de Besnier, etc. Il y avait même autrefois, à la tête de l'Assistance publique, un homme bien décrié et qui le méritait par certains côtés de son caractère. Malgré ses défauts, M. Husson était un homme de volonté, d'indépendance et de progrès. Ne prenant pas son mot d'ordre

(1) Voir *Une mission scientifique en Russie*, p. 43, et *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1888-1889.

(2) A l'ouverture de son cours, M. Cornil a tout dernièrement demandé, à l'exemple de M. Bourneville et au nôtre, la création de chef de laboratoire (qu'il appelle prosecteurs d'anatomie pathologique). « Il faudrait, dit-il, que ces prosecteurs eussent le même rang que les médecins des hôpitaux, pour éviter toute contestation. » Cette assimilation des chefs de laboratoire aux médecins des hôpitaux serait, au contraire, le meilleur moyen de provoquer ces contestations; et pour les éviter, il faut qu'ils soient sous la dépendance de tous les chefs de service de chaque hôpital.

Digitized by Google

près des puissants du jour, s'inquiétant peu des froncements de sourcil de ceux que leurs intérêts attachent toujours aux errements du passé, il marchait de l'avant, et avait rêvé la tâche glorieuse de fonder l'enseignement pratique de la médecine dans les hôpitaux. Elevé aux sommets de la hiérarchie hospitalière, il était quelqu'un, et ne se contentait pas d'être seulement quelque chose...

Qu'en pense M. Lereboullet, et veut-il nous faire connaître d'autre moyen pour, changer nos mœurs, que celui de leur simple constatation ?

Un mot, pour finir. Je le trouve dans le *Bulletin médical*, à la fin d'un article dont l'auteur m'est inconnu :

« Sans nul doute, Koch n'aurait pu faire ses dernières découvertes s'il n'avait eu avec sa haute situation toutes les facilités de travail qu'elle comporte. Mais, en présence de cette destinée qui nous paraît si étonnante, nous ne savons ce qu'il faut le plus admirer, ou ce médecin de campagne qui passe si rapidement au premier rang de la science, ou l'organisation scientifique allemande qui rend possibles — presque faciles — de pareils changements dans les destinées d'un homme. »

Sur ce terrain, que de choses à révéler encore ! Mais, j'hésite à les dire, pour ne pas humilier notre patriotisme, ou pour ne pas être accusé de faire « du patriotisme à rebours ».

HENRI HUCHARD.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 novembre 1890.

Présidence de M. le Dr TERRIER

Arthrectomie et résection du genou. — M. RICHELOT compare ces deux opérations dans le traitement des tumeurs blanches du genou, et indique les conditions dans lesquelles l'arthrectomie lui semble devoir être préférée. Elle consiste essentiellement dans la destruction de toutes les parties molles de l'articulation, à l'exception des os. La première condition de l'arthrectomie est donc l'intégrité du tissu osseux. Toutefois il est fort difficile de reconnaître qu'il n'existe point de tubercules au voisinage des surfaces articulaires. Quoiqu'il en soit, voici les principaux temps de l'arthrectomie.

1° Section de la rotule, qui est sciée transversalement.

2° Dislocation de la jointure par la section des ligaments latéraux et des ligament croisés. La jambe n'est plus rattachée à la cuisse que par les ligaments postérieurs.

3° Arthrectomie proprement dite : destruction de tous les tissus articulaires malades, séreuse, ligaments croisés, menisques fibrocartilagineux, cartilages de revêtement des os.

4° Poursuite des fongosités dans toutes les parties molles.

5° Reconstitution de la jointure. Après avoir désinfecté le champ opératoire avec la solution phéniquée forte ou la liqueur de Van Swieten. M. Richelot suture les deux fragments de la rotule, et les ligaments articulaires, puis après un drainage latéral et le pansement, le membre est placé dans une gouttière métallique. En général la plaie est cicatrisée au bout de deux mois ; les malades marchent plus facilement qu'après la resection du genou ; ils n'ont point de raccourcissement du membre et présentent même de légers mouvements de flexion et d'enbusion au niveau de la jointure. Du moins tels sont les résultats que M. Richelot a obtenus dans cinq arthrectomies qu'il a pratiquées pour les tumeurs blanches du genou. Cette opération est particulièrement indiquée quand les os de la jointure sont sains ; elle sera l'opération de choix chez les enfants, car de cette façon, même après une intervention très complète, on respecte les cartilages epiphysaires qui ne sont pas encors ossifiés, et le développement ultérieur du membre n'est pas entravé.

M. CHAMPIONNIÈRE. — Une opération chirurgicale bien conduite doit toujours dépasser les limites du mal, l'arthrectomie ne remplit pas cette condition En effet, le chirurgien ne touchant pas aux os, y laisse le plus souvent des tubercules qui continuent à évoluer ; c'est pour cette raison que les récidives sont fréquentes après l'arthrectomie. L'opération, telle que M. Richelot vient de la décrire, est une résection inachevée, et même lorsqu'elle réussit, ses résultats sont moins bons que ceux de la résection, précisément à cause des mouvements qui persistent dans la jointure. Ceux-ci sont une cause de gêne continuelle pour le malade, mieux vaut avoir un membre enkylosé dans lequel toute inflammation est éteinte. D'ailleurs, le raccourcissement consécutif à la résection n'est pas un obstacle à la marche aussi considérable qu'on l'a dit.

M. VERNEUIL. — Létiévant et quelques chirurgiens lyonnais avaient déjà tenté l'arthrectomie et n'avaiénit pas réussi, parce qu'ils laissaient du tissu malade autour de la jointure. M. Richelot a réussi dans des cas bien déterminés, chez les malades indemnes de lésions osseuses. Certaines arthrites fongueuses sont en effet susceptibles de guérir sans opération, par l'immobilisation du membre et la révulsion locale : il faut admettre que dans ces cas il n'existe pas de tubercule des os. On peut d'ailleurs s'en assurer par un examen clinique ; les pressions exercées sur l'os ne sont douloureuses en aucun point. Si l'opération est reconnue nécessaire, l'arthrectomie convient particulièrement dans ces cas.

M. QUENU. — Est-il possible de reconnaître cliniquement s'il n'existe pas de lesion tuberculeuse des os dans l'arthrite fongueuse ? M. Verneuil vient de l'affirmer. M. Quenu pense au contraire que ce diagnostic est impossible, même lorsque la jointure est ouverte. Les surfaces cartilagineuses paraissent saines, et cependant au-dessous d'elles, on peut trouver des noyaux caséeux. Bien plus, la synoviale peut être intacte, tandis que des foyers tuberculeux se sont développés au voisinage de l'epiphyse. Dans l'arthrectomie, il est donc sage de s'assurer par des sections osseuses s'il n'existe pas de tubercules dans des points où ils se forment le plus souvent, autrement on risque de faire une besogne incomplète. En résumé, les affections tuberculeuses articulaires sans lésion osseuse sont la très grande exception, il est donc préférable de pratiquer l'opération la plus complète, c'est-à-dire la résection.

M. BERGER n'a jamais trouvé l'indication de l'arthrectomie, quoiqu'il l'ait souvent recherchée chez les enfants. En face des lésions, il a toujours été contraint de pratiquer la résection. Il reconnait également que certaines lésions osseuses peuvent être méconnues, si on n'incise pas les os. Il a même trouvé des tubercules en voie d'évolution dans une vieille ankylose du genou qui paraissait guérie. Dans les tumeurs blanches du genou, la resection donne un résultat idéal que l'on doit toujours rechercher, il consiste dans le redressement complet du membre avec ankylose.

Des sarcomes de l'utérus. — M. TERRILLON termine la lecture de son mémoire sur les sarcomes de l'utérus. En général ces tumeurs évoluent avec une grande rapidité et remplissent leur cycle en deux ans pour aboutir à une terminaison fatale. La récidive est fréquente soit dans le moignon, si l'on n'a pas fait une ablation totale, soit à distance dans le péritoine, dans les poumons, mais jamais dans les ganglions lymphatiques péri-utérins.

Des écoulements sanguins persistants, l'agrandissement de la cavité utérine indiquent le sarcome muqueux ; mais il est fort difficile de distinguer d'un fibrome le sarcome interstitiel ; seule, l'évolution rapide de la tumeur plaidera en faveur d'un sarcome.

Digitized by Google

Quand on se trouve en présence d'un sarcome de l'utérus, l'ablation totale de la matrice est indiquée, soit par la voie vaginale s'il s'agit d'un sarcome muqueux, soit par la voie abdominale si la tumeur a pris un volume plus considérable.

Dr H. Marciguey.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 novembre 1890

Présidence de M. le Dr Dumontpallier

Note sur un cas de polyurie. — M. Duponchel présente un jeune soldat atteint d'une dilatation considérable de la vessie : cet organe, lorsque le malade est resté deux heures sans uriner, et qu'il est debout, remonte jusqu'à 16 centimètres au-dessus du pubis, sa largeur est alors de 14 centimètres. Il rend environ deux litres d'urine par miction, leur quantité totale s'élève à 13 litres par jour, elles ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni excès d'azote. Cette polyurie simple s'accompagne de polydypsie.

Est-ce un diabète insipide ou un cas de simulation? La résolution de ce problème présente une importance particulière, car elle peut déterminer la réforme du soldat.

En faveur de la simulation, on peut invoquer chez ce malade l'absence d'antécédents morbides; il dit seulement que cette affection est très ancienne, ne présente aucune éruption cutanée; à mesure qu'on l'examine, la quantité des urines augmente de jour en jour. A son entrée dans le service, elles étaient de 5 litres par jour, elles ont monté très rapidement à 7, 9, 11 et 13 litres. De plus, signe très important, elles ne contiennent pas d'excès d'azote.

La sècheresse de la langue, la capacité énorme de la vessie, qui ne peut s'être ainsi détendue en quelques jours, plaident au contraire en faveur d'un diabète.

M. Duponchel montre cette observation comme un exemple des difficultés que l'on rencontre dans la médecine militaire.

M. Féréol observe dans son service un cas analogue. Il s'agit d'un jeune homme jusqu'ici bien portant, et chez lequel les urines ont progressivement monté jusqu'à 16 litres par jour, leur composition était normale. Il était impossible d'invoquer une supercherie quelconque, car la quantité des urines est restée la même dans les 24 heures, en sondant le malade toutes les 2 heures. Ce jeune homme n'est pas hystérique.

L'antipyrine, le bromure de potassium, l'opium n'ont amené aucun résultat. Sous l'influence d'un purgatif drastique, l'eau-de-vie allemande, les urines sont tombées à 6 litres par jour.

M. Dumontpallier a observé à la Pitié un cas de polyurie simple de 7 litres par jour, accompagnées pendant plusieurs mois de transpirations profuses à 6 heures du matin. Le poids de la sueur s'élevait à 750 gr. en 25 minutes. Ces sudations ont été arrêtées par les injections d'ergotine; la quantité des urines n'a pas augmenté après l'arrêt des sudations.

M. Hayem a constamment observé que la polyurie était accompagnée d'azoturie. Un malade de son service était parvenu à simuler l'azoturie en versant du bouillon dans ses urines. Renvoyé de l'hôpital, il entra dans un service de clinique de la Faculté, et fut le sujet d'une très belle leçon du professeur sur la peptonurie.

Traitement de la diphtérie par la glace. — M. Sevestre fait un rapport sur un mémoire envoyé à ce sujet par M. Bleynie, (de Limoges). La méthode consiste à introduire, toutes les minutes, un morceau de glace dans la bouche de l'enfant, jusqu'à la disparition des fausses membranes—à l'intérieur on prescrit l'usage des toniques. — Ce traitement a donné d'excellents résultats à M. Bleynie; il a constaté que la gorge se nettoyait facilement, que le croup était évité. M Sevestre considère que le froid peut empêcher le développement du bacille de Lœfler, mais il regarde la glace comme adjuvant utile à des traitements plus actifs, dont on ne saurait se dispenser en pareil cas.

M Cadet de Gassicourt a expérimenté la glace à l'exclusion de tout autre moyen, et il n'a vu aucune modification survenir du côté des fausses membranes; il regarde donc ce traitement comme insuffisant et n'hésite pas, pour son propre compte, à employer la methode de M. Gaucher.

Examen du sang des paludiques. — M. Laveran indique les moyens à suivre pour reconnaitre la présence des hématozoaires dans le sang des paludiques. Le sang doit être examiné au début des accès : on sait, en effet, que les parasites disparaissent très rapidement sous l'influence de la médication quinique, et dans l'intervalle des accès, sauf chez les sujets très infectés. Cet examen peut être pratiqué sur le sang frais ou desséché. Le sang frais est préférable pour la recherche des flagelles, et des corpuscules animés de mouvements amyboïdes. Le sang est obtenu par la piqûre du doigt, aseptisé, avec une épingle flambée; il est recueilli rapidement sur la plaque porte-objet pour éviter la déformation des globules et recouvert d'une lamelle ordinaire. La préparation doit être très mince et examinée à la lumière naturelle. On emploie un bon objectif 8 ou 9 de Verick. On aperçoit ainsi les corps en croissant, les corps sphériques pigmentés libres, les flagella, les éléments adhérents aux hématies. Le sang est donc examiné pur de tout mélange à la température ordinaire.

Les préparations de sang desséché permettent de voir les corps en croissant, les corps sphériques pigmentés; elles se font de la manière suivante : Le sang recueilli sur une plaque porte-objet est rapidement desséché sur une lampe à alcool, en ayant soin que la flamme chauffe le côté opposé à la préparation. Celle-ci est recouverte d'une lamelle et peut être indéfiniment conservée. Pour rendre les éléments parasitaires plus apparents, on peut colorer la préparation avec quelques gouttes de bleu de methylène, qu'on laisse en contact pendant 30 secondes environ, puis on lave, et la préparation est montée à sec. Les hematozoaires colorés sont parfaitement visibles. H. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 décembre 1890

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

Présentations. — M. Maurel (de Toulouse) : Recherches expérimentales sur les leucocytes. — M. Richard : Précis d'hygiène. — M. Hayem : Du chimisme stomacal. — M. Ducré : Le département de l'Yonne et la dépopulation.

M. Chassagnol lit une note sur l'emploi des vessies animales en obstétrique. Elles sont très utiles pour tamponner dans le cas de placenta prævia.

M. Henrot (de Reims) lit une note sur les troubles apportés par la menstruation de la nourrice chez les enfants. Il cite le fait d'une petite fille qui, à chaque époque menstruelle de sa mère, présentait une éruption cutanée sur la cuisse. On sépara l'enfant de sa nourrice et le même phénomène persista pendant plusieurs mois très régulièrement. M. Henrot décrit ces troubles sous le nom de toxhémie cataméniale héréditaire.

M Houzé lit une observation du cancer du rectum opéré et suivi de récidive.

M. Hervieux termine son rapport sur le vaccin. Il conclut en demandant que la vaccination et la revaccination deviennent obligatoires.

Digitized by Google

De la dépopulation de la France. — M. L. Colin insiste sur la nécessité de veiller à l'hygiène des soldats et demande qu'on rende obligatoire la déclaration des maladies épidémiques qui règnent dans la population civile, et qu'on assainisse les localités où existent des casernes.

M. Lefort répond à la communication précédente de M. Hardy, qui prétend que la race française est moins prolifique que les autres, qu'au Canada, peuplé de Français, l'augmentation de population est énorme et qu'en Belgique la natalité est la même pour la race wallonne que pour la race flamande.

Anastomose de l'intestin grêle et de l'S iliaque. — M. Chaput lit en son nom et en celui de M. Terrillon l'observation suivante :

« Il s'agit d'un malade de 58 ans, porteur d'un anus contrenature, ombilical, survenu en 1888, à la suite d'une hernie étranglée et gangrenée. L'élimination des parties sphacélées avait oblitéré le bout inférieur et rétréci le bout supérieur, qui ne mesurait plus que quelques millimètres de diamètre. En présence de ces lésions complexes, au lieu d'employer l'entérotomie ou la résection, nous avons préféré l'entéro-anastomose, entre l'intestin grêle et l'S iliaque.

» Nous employâmes d'abord le procédé de la pince, imaginé par l'un de nous. Le 12 juin 1890, nous fîmes une laparotomie médiane, qui nous permit d'amener dans la plaie la fin de l'intestin grêle et l'S iliaque, qui furent adossés l'un à l'autre sur une hauteur de 5 centimètres, puis fixés au péritoine pariétal. La plaie fut entièrement fermée en haut et en bas. Une petite incision de 1 centimètre perfora chacune des deux anses exposées dans la plaie médiane.

» Le 21 juin, introduction des deux mors d'une pince dans chaque intestin. On serre la crémaillère, afin que le sphacèle des parois contiguës fasse communiquer largement les deux viscères. Après la chute de la pince, les matières passent pendant quelques jours par l'anus vrai, puis reprennent leurs cours habituel par la plaie médiane. Deux nouvelles applications de pince furent faites, le 9 juillet et le 30 juillet, sans plus de succès.

» Pour forcer les matières à passer par le rectum, nous faisons, le 14 août, une tentative d'oblitération de l'orifice intestinal médian, par le procédé de l'abrasion et de la ligature en masse. Mais la suture est insuffisante, et l'on constate avec le doigt que la brèche s'est refermée en partie et que l'éperon, s'avançant jusque vers la peau, empêche le passage dans l'S iliaque.

» Le 12 septembre, nous exécutons l'entéro-anastomose en un seul temps par le procédé de Wolfler. Les deux intestins, accolés ensemble, sont libérés de la paroi et tirés au dehors à partir de l'orifice fistuleux; nous faisons aux ciseaux, sur chaque viscère, une fente de 5 à 6 centimètres; nous suturons alors les lèvres qui se correspondent, de façon à faire communiquer largement les deux conduits (un plan de suture muco-muqueuse et un second plan séro-séreux de Gussenbauer). La fistule est comprise, et la fermeture est, par conséquent, hermétique.

» L'opérée guérit admirablement; au bout de quelques jours elle allait à la selle par l'anus vrai, et elle eut depuis lors une selle normale chaque jour. De temps en temps, quand la malade avait un peu de diarrhée, quelques matières passaient par l'ombilic, mais jamais rien ne s'écoula par la plaie médiane.

» Malheureusement ce beau succès opératoire n'alla pas sans complications générales, la malade, atteinte de lésions rénales, mourut vers le 20 octobre de cachexie avec œdème des membres inférieurs. L'insuccès du procédé de la pince est dû à ce que chez cette femme l'intestin était très épais et surchargé de graisse. La brèche créée par la pince était limitée par des bords épais, rigides au contact, qui se soudaient très vite par le mécanisme des plaies angulaires.

« Par contre, l'entéro anastomose en un seul temps a été certainement bien supérieure dans cette circonstance. »

Deux vacances sont déclarées, l'une dans la section de médecine vétérinaire, l'autre dans celle de physique médicale.

F. R.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Un remède d'Etat. — Les essais de la lymphe de Koch dans les hôpitaux de Paris.

Les journaux les plus enthousiastes pour M. Koch et sa découverte, ont fait connaître la générosité parcimonieuse avec laquelle le savant allemand distribue, aux cliniques et aux laboratoires de l'étranger, ce que, dès l'abord, il appelait « remède », et ce que déjà, après quinze jours seulement, on ne nomme plus que « lymphe. »

Cette parcimonie s'excusait, disait-on, par la pénurie de la production. Les bonnes âmes le crûrent; il fallait bien croire quelque chose.

D'ailleurs, il fallait sauver un secret que des travaux de contrôle, entrepris sur une trop large échelle, pouvaient surprendre. Et puis, ne fallait-il pas retarder l'avènement d'une appréciation plus mesurée d'une découverte intéressante, sans doute, pour les physiologistes, mais jusqu'ici peu fructueuse pour les thérapeutistes.

On a gagné quinze jours. On a négocié; l'opération commerciale est terminée: c'est l'Etat prussien qui devient acquéreur, monopolisateur et souverain distributeur du fameux produit.

Devenu pharmacien et spécialiste, cet Etat prussien continuera-t-il « ce même *blocus scientifique* » qu'avec une bonne foi vraiment punique, on a dirigé depuis trois semaines contre les savants qui ne sont allemands, ni par la langue, ni par les intérêts, ni par les alliances.

Peu de contrôle, surtout point de concurrence; ce sont les raisons d'être pour un monopole, surtout quand il s'agit des divers profits à retirer de la vente d'un remède secret.

*
* *

Ce motif serait-il de ceux — il y en a d'autres, on ne les ignore point — pour lesquels l'Administration de l'Assistance publique a dû emprunter la voie diplomatique pour obtenir l'échantillon de lymphe qui sert aux essais actuels dans les hôpitaux de Paris?

Le moment d'insister sur ce point n'est pas venu, passons donc et enregistrons, sans toutefois les apprécier, les essais de M. Péan à l'hôpital Saint-Louis et ceux de M. Cornil à l'hôpital Laennec.

Les détails de ces expériences sont publiés par tous les journaux politiques. Inutile de les répéter. En voici les résultats.

A l'hôpital Saint Louis, on a employé la technique et l'instrumentation de Koch. Quinze malades, atteints de tuberculoses locales, ont reçu les injections :

1re *série* : deux malades opérés antérieurement par le grattage, l'un d'ostéite du radius, l'autre de fongosités du cou de pied. Pas de réactions générales; chez le second une faible réaction locale; en résumé, ce sont des malades témoins que la lymphe n'influence guère.

Digitized by Google

2e *série* : huit cas de tuberculoses ostéo-articulaires (coxalgies, ostéites, arthrites, abcès par congestion) ; réactions locales et générales ; ces malades sont influencés.

3e *série* : deux cas de tuberculoses ganglionnaires. Gonflement des ganglions ; réaction générale modérée.

4e *série* : un cas de tuberculose du larynx chez un phtisique. A peine un commencement de réaction générale.

5e *série* : deux cas de lupus ; réactions locales et générales ; signalées dans le mémoire de Koch (1).

M. Péan a exposé ces faits dans une conférence mais en se « refusant à toute conclusion sur la valeur curative du médicament. »

***

Cette réserve est celle que M. Cornil professe avec une égale sagesse.

Dans son service de l'hôpital Laënnec, on emploie la seringue de Roux au lieu de celle, assez peu pratique, dont Koch est l'inventeur.

L'aiguille est flambée après chaque injection et l'instrument stérilisé par son immersion dans l'eau phéniquée bouillante. De plus, les précautions les plus minutieuses sont prises pour donner à ces essais le *caractère réellement scientifique* qui manque à ceux de certains expérimentateurs allemands. On ne se contente pas de prendre la température, on va plus loin dans la voie des recherches. C'est ainsi, par exemple, que l'analyse spectroscopique a été confiée à M. le Dr Henocque dont les belles découvertes en hémato-spectroscopie sont si justement appréciées.

Trois séries de deux malades sont en observation : deux lupeux, deux phtisiques au premier degré, deux individus porteurs de tuberculoses chirurgicales. Ils ont, jusqu'à présent, présenté des réactions locales et générales.

Les expériences continuent. Il serait téméraire de formuler une conclusion sur leur résultat final. Dans une conférence publique, M. Cornil a mis ses auditeurs en garde contre le danger des inductions prématurées et la prétendue solidité des guérisons si bruyamment annoncées.

Cette méthode, a-t-il ajouté en terminant, paraît surtout applicable aux tuberculoses externes, aux lupus, aux tumeurs blanches, aux ostéites tuberculeuses, aux abcès froids, aux tuberculoses ganglionnaires, etc., la chirurgie pouvant ici et devant surtout intervenir pour compléter le traitement.

La guérison ainsi obtenue sera-t-elle définitive ? Jusqu'ici il est difficile de donner à cette question une réponse catégorique. Les faits sont encore trop récents. Avec les anciennes méthodes de traitement du lupus, avec le grattage ou les scarifications, on obtenait souvent des guérisons qui pouvaient durer même plusieurs années, puis le mal reparaissait. Rien ne nous autorise à penser qu'il n'en sera pas de même après les inoculations de lymphe de Koch ; un malade renvoyé de la clinique de Bergmann comme guéri a dû y rentrer avec une récidive.

***

Une réflexion. Jusqu'ici les découvertes scientifiques ont toujours eu pour objet de profiter à l'humanité entière.

Au dernier Congrès international de médecine de Berlin, on disait à qui voulait l'entendre « que les travaux des savants sont destinés à faire tomber les barrières politiques qui séparent les peuples. »

Le mot d'humanité remplissait la bouche de tous les orateurs officiels de l'empire allemand. On criait sus à ceux qui protestaient contre les mœurs de l'Allemagne scientifique officielle. Et voici qu'aujourd'hui, fidèle à ses traditions autoritaires, le gouvernement prussien revendique pour lui le monopole exclusif de permettre ou de refuser la guérison, ou tout au moins quelques soulagements, à des milliers de malheureux malades !

Ceux qui conserveraient encore des illusions sur l'humanité et la générosité germaniques doivent, je pense, en faire le sacrifice.

M. Koch a consenti à céder son secret à l'Etat et à faire officiellement monopoliser son produit. Tant pis : on peut passer pour un grand esprit et cependant ne pas être un grand cœur.

La question est grave, nous y reviendrons.

Ch. Eloy.

(1) Voir : *Revue générale de Clinique et thérapeutique*, n° 47.

INFORMATIONS

ÉTRANGER

Suisse. — **Ouverture de la Faculté de Lausanne.** — Depuis le 27 octobre dernier, cette institution fonctionne et reçoit des étudiants. On y enseigne en français ; ses principaux professeurs sont M. de Cerenville (médecine), Roux (chirurgie), Rapin (obstétrique), Bourget (matière médicale), Dufour (ophtalmologie), Stilling (anatomie pathologique), Largnier (médecine légale) et Rabow (maladies mentales).

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Nomination dans le corps de santé de la marine. — *A l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe* : M. le Dr Collin.

Nominations dans le corps de santé des colonies (Activité). — *Au grade de médecin de 1re classe* : M. Gentilhomme, médecin de 1re classe de la marine.

Au grade de médecin de 2e classe : MM. Delay, Michoud et Bouysson, médecins de 2e classe de la marine, et Bourgogne, médecin auxiliaire de 2e classe de la marine.

Nomination dans le corps de santé de la marine (Réserve). — *Au grade de médecin de 2e classe* : M. le Dr Capuron.

NÉCROLOGIE

En France : M. le Dr Van Gover (de Marseille).

En Angleterre : M. le Dr Mc Gill, professeur de chirurgie au Yorkshire College.

En Portugal : M. le Dr de Senna, professeur d'anatomie à l'Université de Coimbre.

Erratum. — A la page 764, du numéro 48, volume II, 5e alinéa (article : *Problème thérapeutique*), lire HYPOCHLORHYDRIE au lieu d'*hyperchlorhydrie*.

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE N° 50 10 DÉCEMBRE 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, CHAPUT, DEMELIN, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIETTI, SCHWALTZ

AVIS

Prime à nos abonnés. — Vers le 15 décembre prochain paraîtra, à l'intention de nos abonnés *anciens* et *nouveaux*, un volume de plus de 350 pages (cartonné, format in-18), ayant pour titre :

LES MEMENTOS THÉRAPEUTIQUES DES PRATICIENS

Ce volume, indispensable au praticien, dont il sera le *vade mecum*, est rédigé par des médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux de Paris. Il contient, de plus, un **formulaire raisonné**, et répond au programme que la REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE poursuit plus que jamais :

De la pratique, encore de la pratique, et toujours de la pratique.

Prix du volume : **5** francs.

Prix de faveur, *pour nos abonnés anciens et nouveaux* : **2 fr. 50**, livré dans nos bureaux ; et, par la poste, le port en plus.

Dès à présent, l'administration du journal accepte et sert les abonnements partant du 1er janvier 1891.

Elle prie MM. les souscripteurs, dont l'abonnement expire le 31 décembre prochain, de vouloir bien lui faire parvenir, par mandat-poste, le renouvellement de leur abonnement.

THÉRAPEUTIQUE OTOLOGIQUE

Policlinique générale de Turin. — Par M. le Dr GRADENIGO.

De l'étiologie et du traitement de l'otite moyenne aiguë

Au cours de ces deux dernières années, de nombreuses études bactériologiques ont mis dans un nouveau jour la pathogénie de l'otite moyenne aiguë.

Zaufal, Weichselbaum, Netter, Scheibe, Lewy et Schrader, Bordoni-Uffreduzzi et moi-même, nous avons démontré que l'otite moyenne aiguë est une forme infectieuse produite par différents microorganismes. Dès lors le traitement, dit classique, de cette affection devait être et a été profondément modifié.

Ces microorganismes sont le *diplococcus pneumoniae de Fraenkel* et les coccus pyogènes (*staphylococcus pyogenes aureus et albus*, *streptococcus pyogenes*), et rarement le *bacillus pneumoniae de Friedlænder*. On peut trouver tous ces microorganismes même dans la cavité naso-pharyngienne des individus en état de santé et à plus forte raison les individus atteints de catarrhe chronique des premières voies aériennes.

Comment survient l'infection de l'oreille moyenne ? Les recherches de Zanfal permettent de reconnaître que la cavité tympanique normale des animaux (lapin) contient un nombre extrêmement petit, il est vrai, de germes susceptibles de développement. Le mécanisme de la trompe d'Eustache peut normalement prévenir la pénétration, dans la caisse tympanique, d'un grand nombre de germes atmosphériques, sans cependant l'empêcher absolument. En allant des narines vers l'ouverture pharyngienne de la trompe et la cavité tympanique, le nombre de ces germes diminue rapidement.

Dans la cavité tympanique, ce nombre est réduit au *minimum*. S'ils étaient confirmés par des expériences ultérieures, ces résultats seraient d'une grande importance pour l'étiologie de l'otite moyenne aiguë. Il faudrait admettre que les germes qui pénètrent dans la cavité tympanique n'y trouvent pas, en conditions ordinaires, un terrain favorable à leur développement, mais y restent comme *en repos* jusqu'à ce que, avec le temps, ou bien en perdant leur vitalité, ils soient de nouveau repoussés vers la trompe et le pharynx.

Des germes pathogènes peuvent donc pénétrer dans la caisse, et si par quelque circonstance accidentelle, les conditions de nutrition de la cavité tympanique se modifient, ils s'y développeront et on aura une inflammation aiguë de l'oreille moyenne. Ainsi s'explique l'influence des refroidissements, des traumatismes, etc., sur la production du coryza et des angines, influence qui s'exercera aussi pour favoriser les inflammations de la cavité tympanique. On aura ainsi une véritable auto-infection et une otite moyenne primitive.

On invoquera une étiologie semblable pour la production des otites dans les maladies infectieuses, le typhus, par exemple.

A côté de cette pathogénie de l'otite moyenne, il en existe une autre, qui, directement démontrée par les faits cliniques, est, certainement, la plus fréquente. Dans les maladies primitives de la muqueuse du nez et du pharynx, les microorganismes qui se produisent en grande quantité dans les régions malades peuvent être chassés à travers les trompes. Telles ces otites survenant après s'être mouché violemment, après les douches nasales de Weber, et après un accès de toux. Après le développement de l'inflammation de l'oreille moyenne et la perforation spontanée ou artificielle du tympan, l'infection secondaire ou tertiaire peut se produire par la pénétration de microorganismes pathogènes par la voie du conduit auditif externe.

Digitized by Google

On peut supposer deux autres modes de propagation de l'agent infectieux dans l'oreille moyenne. Les microorganismes dont la prolifération s'accomplit dans les tissus voisins du pharynx et du nez, pénètrent le long des espaces et des vaisseaux lymphatiques ou des vaisseaux sanguins jusque dans le tissu de la muqueuse de la caisse. Weichselbaum a rencontré dans le tissu sous-muqueux du pharynx des individus morts de pneumonie, le *Diplococcus pneumoniae*. Voilà un fait favorable à cette pathogénie.

Ainsi donc, dans la majorité des cas, l'otite moyenne résulte de la présence, dans la cavité tympanique, de microbes pathogènes pénétrant par la voie de la trompe, dont le développement est favorisé par des modifications dans la nutrition de la caisse (influences rhumatismales, traumatismes, etc.)

Ces nouvelles doctrines ont pour effet de modifier le traitement classique de l'otite moyenne aigüe. Le chapitre thérapeutique des traités d'otologie les plus en vogue et les plus récents n'a, aujourd'hui, qu'une valeur historique. A la méthode antiphlogistique, on a substitué ou on a associé la méthode antiseptique, et les brillants résultats qu'on en a obtenus doivent faire considérer l'otite moyenne aigüe comme une affection beaucoup moins grave qu'on ne le pensait autrefois.

Au Congrès otologique de Basilea, en 1884, Bendelach-Hevetson appela l'attention des membres du Congrès sur le fait suivant : en instillant, dans le conduit auditif externe, au début d'une otite moyenne aigüe, une solution à 20 pour 100 d'acide phénique dans la glycérine, il y a cessation presque immédiate de la douleur ; très souvent, le processus morbide avorte et la perforation de la membrane tympanique ne se produit pas ; Hartmann et Bohrer, quelques années plus tard, firent aussi valoir l'efficacité de ce moyen thérapeutique. Enfin, Morpurgo, au Congrès d'otologie de Bruxelles, en 1888, confirma les résultats de ce traitement, sous l'influence duquel les cas de perforation aigüe sont réduits de 6 0/0 à 1 0/0 et la douleur cesse assez rapidement dans les deux tiers des cas. Noquet, Ménière et Delstanche confirmèrent ces faits. Ménière déclara, à cette occasion, qu'il employait déjà, depuis longtemps, ce moyen thérapeutique, même à doses très fortes, sans inconvénients.

Si, il y a quelques années, l'action si efficace de la glycérine phéniquée, dans les otites moyennes aigües, semblait mystérieuse, aujourd'hui, grâce aux études bactériologiques, elle peut s'expliquer. En conditions normales, on doit considérer comme douteuse l'absorption d'un remède instillé dans le conduit auditif externe, à travers l'épiderme de la surface externe de la membrane tympanique. Ce doute n'est plus justifié lorsque, comme dans l'otite moyenne aigüe, la membrane devient le siège d'une hypérémie et que l'épiderme gonflé, se desquame. On conçoit, ainsi, que l'acide phénique absorbé fasse obstacle au développement des microorganismes pathogènes existant dans la caisse. Dans les cas d'otite avec douleur récente (de 6 à 24 heures), l'instillation fréquente de la glycérine phéniquée dans l'oreille, continuée pendant quelques jours, peut faire avorter entièrement le processus.

Dans ma pratique, j'ai substitué, à l'acide phénique, le sublimé, en raison de ses propriétés antiseptiques plus énergiques ; comme menstrue, j'emploie la glycérine, parce qu'elle ne s'évapore pas, reste plus longtemps en contact avec la partie malade et ne macère pas l'épiderme de la membrane. J'ai l'habitude de prescrire :

Sublimé corrosif.....	0,015 milligrammes
Glycérine très pure.....	50 grammes

Dissoudre.

En instiller, tiède, dans le conduit auditif, huit à dix gouttes toutes les deux heures.

Si la douleur dure déjà depuis plus d'un jour, et s'il existe des signes de suppuration dans la caisse tympanique, on ne doit pas persister à poursuivre un but abortif, mais pour éviter des inconvénients plus graves, on procédera à un traitement plus énergique. Il faut donner issue au pus et pratiquer la paracentèse de la membrane tympanique.

Jusque dans ces derniers temps encore, quelques otologistes, comme Politzer, n'avaient recours à la paracentèse de la membrane tympanique que comme à une *ultima ratio*, c'est-à-dire lorsque la fièvre, les douleurs intenses, des lésions graves dans la région de l'apophyse mastoïdienne et des méninges, rendaient l'intervention chirurgicale inévitable. Aujourd'hui, avec le traitement antiseptique, la paracentèse tympanique, exécutée en temps opportun, diminue le cours de la maladie et en prévient les complications.

La paracentèse tympanique a pour but : 1° d'ouvrir une voie de sortie au pus amassé dans la caisse ; 2° de rendre possible l'entrée, dans l'oreille moyenne, de liquides antiseptiques.

On pratique d'habitude cette petite opération au moyen d'une aiguille lancéolée fixée à un manche. On procède d'abord à une soigneuse désinfection du conduit auditif externe au moyen de lavages au sublimé (1 0/00), puis à l'anesthésie de la membrane au moyen d'un tampon de coton imbibé d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 20 0/0 et poussé jusqu'au fond du conduit ; l'anesthésie que l'on obtient est, d'ordinaire, très incomplète; cependant on ne négligera pas ce moyen de diminuer la douleur, le plus souvent très intense, qui est provoquée par l'acte opératoire. Pour éviter que des germes pathogènes soient contenus dans la solution de cocaïne destinée à l'anesthésie, je prescris d'ordinaire :

Chlorhydrate de cocaine	2 grammes
Eau distillée récemment bouillie	10 grammes

Dissoudre exactement et ajouter :

Solution sublimé corrosif à 1 pour 1000.	X gouttes

On introduit ensuite dans le conduit un speculum large et court, on conduit délicatement, et en le suivant de l'œil, le petit instrument jusqu'à la membrane tympanique, et l'on incise. L'incision doit être rapide, afin que la douleur intense qu'elle provoque soit, autant que possible, instantanée ; elle doit être complète, c'est-à-dire qu'elle doit trancher toutes les couches de la membrane ; elle doit être suffisamment large. On peut la faire, selon

Digitized by Google

les cas, ou sur le segment postérieur et inférieur ou sur le segment antérieur et inférieur de la membrane, mais toujours en bas, pour faciliter la sortie du pus.

Au lieu de pratiquer la paracentèse avec l'aiguille lancéolée, on peut employer un galvano-cautère; cette seconde manière a l'avantage de provoquer, au lieu d'une simple incision linéaire, une véritable perte de substance de sorte qu'il reste une ouverture béante pendant quelque temps. Le galvano-cautère a cependant l'inconvénient de ne pouvoir être employé aussi facilement dans la pratique privée, au lit du malade.

A travers l'ouverture de la membrane, il se produit d'ordinaire dès les premières heures après l'opération, dans les cas d'otite moyenne aigüe, un abondant écoulement de pus. On en facilite la sortie par les insufflations d'air dans la caisse tympanique par la méthode Politzer et par le cathétérisme tubaire.

Il peut arriver que la perforation soit spontanée. Si la perforation spontanée est trop petite, ou si elle est située dans le segment supérieur de la membrane, il sera opportun de l'élargir artificiellement ou de pratiquer une contre-ouverture en bas.

Une fois la perforation établie, j'ai l'habitude de renouveler plusieurs fois par jour les lavages au sublimé, énergiques et répétés, avec une solution tiède à 1/2 et à 1 0/00; j'associe volontiers aux lavages les instillations de glycérine au sublimé dans le conduit auditif; on peut faire pénétrer profondément la glycérine à travers la perforation en exerçant avec le doigt une légère pression sur le tragus, de manière à obstruer le méat; il faut cependant avoir soin de ne pas la faire passer jusque dans le pharynx où elle produirait une brûlure très intense. Dans les cas de sécrétion profuse, la glycérine au sublimé, à elle seule, ne m'a pas donné de bons résultats. — En outre, je n'oublie jamais la cure de la rhino-pharingite aigüe, compagne habituelle des otites moyennes. J'emploie, dans ce but, les gargarismes, les inhalations nasales, etc. D'autre part, il est utile de maintenir le méat fermé en permanence au moyen d'un tampon de coton hydrophile qui faut renouveler quand son extrémité interne est baignée par la sécrétion.

Avec ce traitement les douleurs et la fièvre cessent; il ne survient pas de complications, la sécrétion est absolument inodore, elle diminue petit à petit et, au bout de trois ou quatre semaines, on obtient la fermeture de la perforation.

Dans certains cas, cependant, l'affection reste plus grave; malgré une large paracentèse et d'abondants lavages antiseptiques, les douleurs ne diminuent pas, la fièvre persiste; il se produit un œdème de la région mastoïdienne qui devient très douloureuse à la pression. Dans ces cas, pour arrêter le processus morbide, j'ai constaté la grande efficacité des sangsues, quand les forces du malade le permettent.

Je fais appliquer deux sangsues aux enfants, et six aux adultes, tant à l'avant du tragus que sur la région mastoïdienne. Quand on prescrit les sangsues il est bon de marquer sur la peau les points où elles doivent être appliquées, pour éviter que ceux qui soignent le malade les dispersent sur le pavillon de l'oreille, ou bien le long du cou et de la joue; il sera utile, en outre, de maintenir le méat fermé, moyennant un tampon de coton, pendant l'application.

L'action bienfaisante des sangsues dans les otites aigües est parfois merveilleuse; les douleurs et la fièvre cessent comme par enchantement; 36 heures après l'application et lorsque les petite blessures cutanées sont convenablement pansées, je prescris sur la région mastoïdienne, des compresses d'eau phéniquée, à 2 0/0, et glacée.

Ces compresses doivent être appliquées pendant deux heures au moins, deux ou trois fois par jour. Si, malgré un traitement aussi énergique, les symptômes morbides ne s'amendent pas et si la menace de complication persiste, il reste encore deux méthodes auxquelles je conseille de recourir avant d'arriver à une grave opération chirurgicale sur l'apophyse mastoïde; je veux parler des lavages forcés dans la caisse, ou par la voie du conduit auditif externe, ou par la voie de la trompe. Après avoir lavé le conduit on fait incliner la tête du patient du côté sain et l'on remplit le conduit auditif de l'oreille malade avec une solution antiseptique légère qui puisse être suffisamment tolérée par la muqueuse naso-pharyngienne (solution de sublimé corrosif 1 sur 10,000, 1 sur 15,000); appliquant ensuite hermétiquement au méat, l'extrémité d'une poire de gomme, on comprime avec force l'air dans le conduit, de sorte que le liquide antiseptique est poussé à travers la caisse tympanique et, de là, le long de la trompe, dans le pharynx. En donnant une inclinaison convenable à la tête du malade, on peut voir le liquide antiseptique sortir par la narine correspondante, après qu'il a lavé la cavité tympanique et la trompe. Cette petite manœuvre se répète deux ou trois fois de suite.

Une autre méthode de lavage, d'une grande efficacité et qui suffit parfois à écarter le danger des mastoïdites et de carie des os, c'est le lavage *per tubam;* dans ce but, après avoir placé, en correspondance de l'ouverture pharyngienne de la trompe, un large cathéter tubaire, on introduit dans la trompe au moyen de celui-ci, un mince petit tube de gomme durcie qui, en raison de ses dimensions, pénètre jusqu'au près de l'isthme tubaire, puis, avec une petite seringue à trois anneaux, on projette par cette voie, dans la cavité tympanique, un jet mince de liquide médicamenteux tiède (solution boriquée, salicylique à 1 0/00, solution de chlorure de sodium) qui, pénétrant de ce côté, touche et lave des régions qui auraient été inaccessibles aux lavages pratiqués par le conduit externe. De quelque manière qu'ils eussent été dirigés, le liquide injecté finit ensuite par sortir goutte à goutte du méat auditif externe. Les deux méthodes de lavage que je viens d'indiquer ont une grande valeur thérapeutique parce qu'elles facilitent la désinfection de la cavité tympanique; cependant il e t utile de rappeler que lorsque le liquide injecté, par le conduit auditif ou par la trompe, dans la caisse tympanique, ne se fait pas route à l'extérieur, par suite de sténose de la trompe ou de largeur insuffisante de la perforation tympanique, il est prudent de renoncer à des tentatives ultérieures, la compression du liquide dans la caisse, qui se vérifierait

Digitized by Google

dans ces cas, pouvant donner lieu à la diffusion de l'agent infectieux vers les méninges ou la cavité mastoïde.

Si l'inflammation mastoïdienne se développait davantage ou s'il se produisait des phénomènes cérébraux, il y aurait lieu d'intervenir énergiquement en sectionnant largement les parties molles jusqu'à l'os (section de Wilde) ou en ouvrant directement la cavité mastoïdienne avec le scalpel et le marteau.

Sans nier les cas où en raison de conditions particulières, l'otite moyenne prend dès le principe un cours très grave, je crois que, dans la très grande majorité des cas, une cure rationnelle et énergique instituée dès le début de la maladie, suffit à en raccourcir de beaucoup la durée, à diminuer la violence de ses symptômes, et à prévenir des complications graves et mortelles. Cette conviction doit être celle du médecin et du malade.

PROBLÈME THÉRAPEUTIQUE

Comment reconnaître la nature des troubles gastriques de la convalescence de la fièvre typhoïde, et comment les traiter ?

I. Exposé clinique. — Il y a quelque temps, je voyais une malade convalescente d'une fièvre typhoïde grave et de longue durée. Depuis quinze jours, la fièvre avait complètement disparu, la malade était certainement entrée en convalescence depuis cette époque, et cependant elle était menacée par un nouveau danger : celui de l'inanition. Comme l'anémie était très accusée et que la malade n'avait plus de fièvre, il paraissait indiqué de prescrire une alimentation riche et fortifiante, composée de laitage, d'œufs, et surtout de viande. Or, malgré cette alimentation, dite reparatrice (ou plutôt à cause d'elle) les forces de la malade ne se réparaient pas. Au contraire : des vomissements, presque incoercibles, survenaient après chaque tentative d'alimentation, le pouls devenait de plus en plus faible, les extrémités étaient froides, et la malade était menacée de « mourir guérie, comme on le dit plaisamment, de sa fièvre typhoïde. »

C'est alors que, par le procédé de Günsburg, on put se convaincre que cette dyspepsie post-typhoïdique était due à un état d'hypochlorhydrie de la sécrétion gastrique.

Quel est donc ce procédé de Günsburg, et quelles sont les indications thérapeutiques à remplir dans ces dyspepsies parfois si graves des convalescences des maladies aiguës ou infectieuses ?

II. Diagnostic (*Procédé de Günsburg*). — Quel est le procédé de Günsburg ?

Il est assez commode pour le praticien, en ce sens qu'il dispense de l'emploi de la sonde stomacale, à laquelle tous les malades peuvent ne pas vouloir consentir. Je vais l'exposer, en m'appuyant sur l'excellente description que M. Marfan en a dernièrement donnée,

a) Voici d'abord le *principe* du procédé :

Il est nécessaire de choisir une substance qui ne soit dissoute que par le suc gastrique et que l'on puisse retrouver facilement dans la salive ou dans les urines (de préférence dans le premier liquide que l'on obtient plus régulièrement que le second). L'iodure de potassium remplit ces trois conditions.

Celui-ci est préalablement enveloppé d'un corps (la fibrine) digestible dans le liquide stomacal et qui se digère plus ou moins vite, suivant le degré de puissance digestive du suc gastrique. « Le temps qui s'écoule entre l'ingestion de la substance ainsi préparée et l'apparition de l'iode dans la salive, permet d'apprécier le pouvoir digestif du suc gastrique » (Marfan).

b) Voilà le principe. Etudions maintenant la *technique* à l'aide de laquelle on arrive à la constatation de la richesse du suc gastrique en acide chlorhydrique.

Après avoir préparé avec un peu de gomme des pastilles de 0,20 à 0,30 centigrammes d'iodure de potassium, on introduit une de ces pastilles dans un fragment de tube en caoutchouc très mince et d'une vulcanisation très forte (pour éviter la diffusion, dit M. Marfan). On affronte ensuite les deux bouts et l'on réunit chacun d'eux avec trois fils de fibrine (préalablement conservés dans l'alcool pour leur donner plus de flexibilité). Ces petits paquets se conservent ainsi très bien dans la glycérine ; on les extrait tous les huit jours, pour les faire sécher, et on les plonge dans la glycérine nouvelle. Quand on veut s'en servir, on les sèche, soit avec du papier buvard, soit avec de l'alcool absolu, et on les enveloppe d'une capsule de gélatine à emboîtement.

Lorsqu'on veut examiner le suc gastrique, on fait faire un repas d'épreuve (un œuf, 100 grammes de pain et un verre d'eau). Une heure après, le malade avale la capsule d'iodure (capsule qui peut être faite par le pharmacien d'après ces indications).

Or, quand le suc gastrique a sa teneur normale en HCl, la réaction de l'iode dans la salive apparaît environ une heure un quart après le repas d'épreuve. Quand il y a *hyperchlorhydrie*, elle apparaît avant 3/4 d'heure; quand il y a *hypochlorhydrie*, une heure trois quarts ou deux heures ; quand l'hypochlorhydrie est plus accusée et confine presque à l'*anachlorhydrie*, la réaction n'apparaît qu'au bout de deux à quatre heures.

Les différences que l'on note pour le moment d'apparition de l'iode dans la salive tiennent seulement à la dissolution des fils de fibrine, *dissolution dont la rapidité est en raison directe de la richesse du suc gastrique en* HCl (l'expérience ayant démontré que la capsule de gélatine se dissout avec une égale rapidité chez tous les sujets, quel que soit l'état de leur suc gastrique).

Pour rechercher l'iode dans la salive, il suffit de faire cracher une heure après le repas d'épreuve, environ tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures, et de placer cette salive dans des verres séparés, correspondant à chaque quart d'heure ou à chaque demi-heure de l'expérience. On reconnaît la présence de l'iode en additionnant la salive d'une certaine quantité d'eau amidonnée, et ensuite en versant quelques gouttes d'acide nitrique fumant. La présence de l'iode est aussitôt révélée dès qu'apparaît un précipité rougeâtre d'abord, puis bleu (iodure d'amidon).

Mais, pour que l'expérience soit concluante, il faut : 1° que le malade ne soit pas soumis depuis quelque temps à la médication iodurée ; 2° qu'il n'ait pas pris, un peu avant ou pendant l'expérience, du bicarbonate de soude.

III. Indications thérapeutiques et traitement. — Ceci dit, on peut se convaincre que, dans presque tous les

Digitized by Google

états fébriles, la secrétion de HCl est diminuée ou abolie. Encore, faut-il faire une distinction. Il y a des fièvres, même à température assez élevée, qui sont compatibles avec un certain degré de secrétion de HCl. Dans cette catégorie, se place la fièvre des phtisiques, et l'on remarque ainsi qu'avec un chiffre thermique assez élevé, la langue est humide et presque normale (ce qui explique la possibilité du gavage et ses succès dans ces cas). Mais il y a des fièvres qui ont pour résultat de *sécher*, pour ainsi dire, toutes les secrétions et, au nombre de celles-ci, se trouve la fièvre typhoïde avec sa langue sèche, rôtie et fuligineuse. Dans ces cas, comme Bouchard le fait remarquer, on ne peut pas dire avec Graves que le médecin alimente les fièvres ; mais, on doit dire qu'il nourrit les malades malgré leur état fébrile. Donc, dans le cours de la fièvre typhoïde, il est souvent indiqué de suppléer, par l'administration de HCl, à la quantité de cet acide, insuffisamment secrété par la muqueuse stomacale, et dans ces cas, l'acide chlorhydrique aura encore pour effet d'agir comme antiseptique.

Ainsi donc, par le procédé de Günsburg, vous constatez que l'hypochlorhydrie du suc gastrique, très fréquente pendant le cours de la dothiénenterie, se continue souvent dans la convalescence et l'anémie post-typhoïdiques. Il y a donc indication à combattre ces troubles digestifs et cette anémie consécutive par la médication de l'hypochlorhydrie. J'ai exposé cette médication à propos du traitement de la chlorose dyspeptique (1). Il est donc inutile d'y revenir.

Ce que j'ai voulu prouver encore, c'est l'erreur des médecins qui croient bien combattre certaines anémies par des vins généreux, des viandes, des œufs, une alimentation riche en substances azotées, alors que cette alimentation est un contre-sens physiologique, bien capable d'augmenter encore les accidents; car, il est démontré que le caractère principal de la *dyspepsie hypochlorhydrique* réside dans l'indigestibilité des viandes, des œufs, et dans la facile digestion des matières amylacées (2).

Il ne faudrait pas en conclure que, pendant la convalescence de toutes les maladies aigues, il soit nécessaire de priver les malades d'un régime alimentaire fortifiant; mais dans certaines convalescences « traînantes » où la réparation des forces subit un temps d'arrêt malgré l'alimentation et une médication tonique, il convient de chercher souvent de côté de la puissance digestive de l'estomac la cause de certains accidents; il ne faut pas seulement voir ce que l'estomac des convalescents ingère, il faut voir, aussi et surtout, ce qu'il digère.

C'est ce que je crois avoir suffisamment démontré.

HENRI HUCHARD.

(1) Voir l'avant-dernier numéro de ce journal (n° 48, page 764).

(2) Dans le dernier problème thérapeutique (n° 46, 2e colonne vers la fin de la page 764) s est glissée une erreur typographique que nos lecteurs ont dû corriger eux-mêmes. A propos des symptômes et du traitement de la dyspepsie des chlorotiques, je disais que « l'appétence pour les acid s, l'indigestibilité des viandes et des œufs, la digestion des matières amylacées, sont es symptômes de la dyspepsie par hyperchlorhydrie. » C'est, *hypo*chlorhydrie qu'il faut lire.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

MALADIES DES ENFANTS

Des antipyrétiques chez les enfants, par M. L. STOWELL. — L'auteur insiste sur le danger de l'emploi prolongé de l'acétanilide, de l'antipyrine et de la phénacétine chez les enfants. (*Archiv. Pediatrics*, oct. 1890.)

Il recommande la quinine comme l'antipyrétique de choix.

Indirectement, ajoute-t-il, on peut obtenir un abaissement de la température :

1° Par l'emploi des toniques du cœur : par exemple, en combinant la quinine et la digitale contre l'hyperthermie dans la bronchite capillaire, la pneumonie catarrhale ou les oreillons.

2° Par les toniques généraux : le fer dans la diphtérie.

3° Par un régime diététique convenable.

Enfin, dans la médecine infantile, on retire les plus grands bénéfices des bains froids et des affusions d'eau froide, surtout pour prévenir ou combattre le collapsus. S. R.

Diagnostic et traitement des corps étrangers des voies urinaires chez les enfants, par M. L. D'ASTROS. — Au point de vue du diagnostic, deux cas se présentent :

1° Le *corps étranger est immobilisé* à la bifurcation des bronches ; on a pour éléments de diagnostic : des modifications très insuffisantes dans la respiration.

2° Le corps est *mobilisable* par des secousses de toux ; il faut chercher la sensation tactile que l'on éprouve en saisissant entre deux doigts la partie suspendue du conduit respiratoire, et, de plus, les signes d'auscultation pulmonaire résultant du déplacement du corps étranger. Ces signes sont importants à constater dans l'intervalle des accès de toux. (*Revue mensuelle de l'Enfance*, nov. 1890, p. 94.)

Faut-il pratiquer la trachéotomie? Elle s'impose : si le corps est *mobile*; *quelle que soit l'époque à laquelle remonte la pénétration*; si on assiste à l'accès et si on a la certitude que ce corps étranger existe par la connaissance des anamnestiques.

Elle est contre-indiquée quand il y a *immobilisation et fixation définitive du corps étranger dans les bronches*.

Enfin si, pendant l'opération, on ne réussit pas à provoquer l'expulsion du corps étranger, on doit, dans les jours qui suivent cette intervention, titiller la trachée, la plaie étant maintenue béante par la dilatation, pour amener des quintes de toux.

S. R.

THÉRAPEUTIQUE

Des injections de pyoctanine dans la cystite, par M. L. NENCKO. — Dans une série de quatre cas de cystite, trois d'origine blennorrhagique et une de nature rhumatismale, l'auteur a essayé ce traitement après l'échec des médications classiques. (*Gazeta Lekarska*, 1890, p. 32.)

Il employait une solution de pyoctanine au millième et au besoin au cinq centième, et le répétait deux fois par jour pendant huit à dix jours. La guérison a été obtenue dans ce délai, et même, dans un cas, elle s'annonçait dès le second jour par une diminution du trouble des urines, la disparition de leur réaction alcaline et la cessation de la douleur. S. R.

Un cas de lithiase biliaire traité par l'huile d'olives, par M. le Dr COMBEMALE. — Dans le but d'expérimenter ce traitement, l'auteur prescrivit à un malade la dose quotidienne de 200 gr. d'huile d'olives en plusieurs fois. (*Bull. méd. du Nord*, sept. 1890.)

Le lendemain, les douleurs et l'hyperesthésie épigastrique étaient beaucoup moins marquées. Des selles nombreuses, grisâtres, s'étaient produites, dans lesquelles des concrétions de cholesterine petites et nombreuses. Les jours suivants, la ma-

Digitized by Google

lade ingérant de nouvelles doses de 250 gr. d'huile, rendit de nouvelles concrétions biliaires, puis l'accès cessa.

Ce traitement, d'après M. Combemale, fluidifie la bile, permet l'expulsion de petits calculs; mais, pour que son efficacité soit complète, il faut répéter de temps en temps l'administration de l'huile. H. M.

REVUE DES LIVRES

Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1885-1886, par M. le Dr Péan. (Félix Alcan, Paris, 1890.)

C'est le tome VII qui vient de paraître et qui est conçu dans le même esprit que ceux qui l'ont précédés.

Il contient outre onze leçons consacrées, la première aux angiomes des doigts, les neuf suivantes au morcellement appliqué à l'ablation des tumeurs et la dernière aux kystes hydatiques du corps thyroïde, l'exposé de toutes les observations puisées pendant les trois années 1885, 1886, 1887.

On a pratiqué 540 opérations sur 1,500 observations, pour 82 abcès chauds ou froids, 111 petites tumeurs, 117 affections plus graves (rétrécissements, pieds bots, névralgies rebelles, fongosités, épithéliomas, prolapsus utérins) et 272 affections d'une haute gravité (maladies de viscères profonds, résections, amputations, ostéoclasie, ablation de grandes tumeurs).

Sur les 540 opérés, il y a eu 23 décès imputables à l'intervention chirurgicale : hémorrhagies secondaires 4, érysipèle 2, phlegmon 1, septicémie aiguë 4, péritonite aiguë 6, kélotomie 1, syncope 1, choc traumatique 2. Vingt-cinq opérés ont succombé à des accidents indépendants de l'opération.

Cette statistique donne une idée de l'activité du service de l'hôpital Saint-Louis.

Nous y relevons deux extirpations totales du larynx chez des hommes dont l'un a guéri et a succombé, 2 ans après, à une attaque de *delirium tremens* et l'autre par asphyxie.

L'appendice contient la statistique des opérations pratiquées par la voie abdominale et par la voie vaginale pour l'ablation des tumeurs de l'ovaire, du ligament large, du mésentère, du bassin, du péritoine, du rein, du foie, de l'intestin et de l'utérus en 1887. Il y a en 147, ce qui porte à 1,100 le chiffre des laparotomies pratiquées par le docteur Péan depuis 1864.

Ces 147 cas comprennent : 53 tumeurs des ovaires des trompes, des ligaments larges, 49 enlevées par laparotomie, 4 par le vagin, 52 guérisons, 1 mort; 4 tumeurs de mésenter, 4 guérisons; 7 tumeurs du péritoine, 6 guérisons, 1 mort; 1 tumeur du péritoine et de la paroi abd., 1 guérison; 2 tumeurs de l'intestin, 1 guérison, 1 mort; 5 tumeurs de rein, 4 guérisons, 1 mort; 1 tumeur de vessie, 1 guérison; 3 tumeurs du foie, 1 guérison; 6 tumeurs du bassin, 2 guérisons, 4 morts; 1 grossesse extra-utérine, 1 guérison; 67 tumeurs du corps de l'utérus, 19 enlevées par laparotomie (18 guérisons, 1 mort); 3 enlevées par l'hypogastre et le vagin, 1 guérison, 2 morts; (46 par le vagin, 41 guérisons, 5 morts).

Le volume se termine par une série de planches nous montrant tous les modèles de pinces à forcipressure employées par le chirurgien de Saint-Louis. Dr E. Schwartz.

Manuel du médecin auxiliaire (2e édition), par M. le Dr H. Munier (médecin-major de 2e classe, Paris, Lefrançois, 1890).

Ce petit ouvrage obtient déjà la faveur d'une deuxième édition. C'est dire qu'il a reçu auprès du public médical un accueil mérité. Comme la première, cette seconde édition sera consultée par tous ceux, étudiants ou officiers de santé, qui désirent s'instruire sur leurs obligations militaires et répondre comme il convient à l'examen qui leur est imposé après leur douzième inscription. Mais, il me semble que les docteurs en médecine, réservistes ou territoriaux trouveront également à s'y instruire pendant leur service de stage dans les corps de troupes ou les hôpitaux.

Bref, ce petit livre ne possède aucune autre prétention que celle d'être utile. Il l'a été, l'est encore et il le sera toujours. C'est pourquoi on doit remercier notre distingué confrère militaire de l'avoir rédigé et conseiller à chacun, élève, ou médecin, de le posséder. C'est un *vade mecum*, sans lequel il est téméraire de s'aventurer aux examens ou aux convocations d'exercices. Ch. E.

La vie et les travaux du Dr Duboué, par le Dr L. Guichard (Paris, 1890).

M. Guichard consacre un pieux souvenir à la mémoire de Duboué, qui fut un des médecins les plus distingués de la province. Notre regretté confrère de Pau, l'un des premiers collaborateurs de ce journal, laisse une œuvre importante et durable; parmi ses travaux les plus notables, nous citerons ses mémoires sur l'impaludisme, l'action du sulfate de quinine sur l'utérus, le mal des montagnes, le traitement de la fièvre typhoïde par le seigle ergoté, celui du choléra asiatique. Son étude sur le progrès accompli dans la question de la rage, fut une de ses œuvres de prédilection. Il y rappelle qu'en 1879, avant les travaux de Pasteur, il avait montré que le virus rabique se développe dans le système nerveux central, principalement dans le bulbe rachidien; « c'est là où il faut le chercher pour le cultiver ensuite. »

Duboué ne se contenta pas d'être travailleur, il fut un excellent praticien, honoré de l'estime de ses confrères et de ses compatriotes. H. M.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

OBSTÉTRIQUE

Manuel opératoire de l'opération césarienne

L'étude de l'opération césarienne est, pour ainsi dire, à l'ordre du jour. Les progrès de la technique opératoire, l'application de mieux en mieux raisonnée de la méthode antiseptique, en ont tellement amélioré les résultats qu'il est aujourd'hui des accoucheurs qui l'entreprennent volontiers dans des cas où c'eût été folie de la proposer il y a quelques années à peine.

Il faudrait cependant se garder d'un enthousiasme trop grand, et il suffit de lire les deux intéressants mémoires que viennent de publier, sur l'opération césarienne, MM. Berlin et Potocki, pour se convaincre que la section césarienne est encore aujourd'hui une opération difficile pendant laquelle on peut observer des accidents capables de mettre en danger immédiat la vie de la femme, et dont le pronostic reste, somme toute, beaucoup plus grave que celui de l'ovariotomie.

Le travail de M. Berlin est intitulé : «De l'opération césarienne; méthodes et procédés d'exécution», Paris 1890 » C'est un volume de 250 pages dans lequel l'auteur, en adoptant la méthode historique, passe en revue les différents procédés qui ont été proposés pour faire l'enfantement césarien, étudie complètement l'opération de Porro et insiste particulièrement, comme il convient, sur la section césarienne classique qu'on appelle souvent aujourd'hui procédé de Saenger. Le mémoire de M. Berlin constitue ainsi un traité de l'opération césarienne d'une lecture attachante, écrit d'un style toujours clair, avec

Digitized by Google

une érudition de bon aloi. Nous ne retiendrons ici que le dernier chapitre intitulé : technique d'ensemble de l'opération césarienne, dans lequel l'auteur précise le manuel opératoire de cette opération.

C'est le seul objet dont M. le docteur Potocki ait abordé l'étude dans son très intéressant travail intitulé: « Technique de l'opération césarienne ».

I. *Du moment auquel on doit pratiquer la section césarienne.* — Si la femme est en travail, la section césarienne, (qu'elle soit une opération de choix ou de nécessité), sera faite aussitôt que possible. Sur ce point, tout le monde est d'accord, car les statistiques montrent de la manière la plus claire que les résultats sont d'autant moins bons que le travail a duré plus longtemps au moment où l'on intervient. D'autre part, la rupture des membranes peut être considérée comme un phénomène fâcheux. Donc, opérer le plus tôt possible, s'il se peut avant la rupture des membranes, voilà la règle.

Mais si on est appelé auprès d'une femme enceinte, arrivée au huitième mois de sa grossesse, par exemple, et nullement en travail, si la section césarienne apparaît comme l'opération qui permettra la délivrance, quelle conduite doit on tenir? Faut-il attendre, pour intervenir, que le travail de l'accouchement ait commencé? Ou bien doit-on opérer quelques jours avant le terme de la grossesse, alors que les contractions utérines du travail ne se sont pas encore produites? Faut-il agir, en un mot, comme on le ferait, s'il s'agissait d'une laparotomie quelconque?

Attendre, pour intervenir, que la femme soit en travail, c'est, disent les uns, s'exposer à faire presque à l'improviste, à une heure incommode, une opération délicate; à rallier difficilement ses aides; à prendre d'une manière incomplète toutes ces précautions qui, en elles-mêmes, ne semblent rien, mais dont l'ensemble assure le succès; c'est, enfin, perdre souvent un temps précieux pendant lequel la femme se fatiguera, les membranes se rompront peut-être et le fœtus pourra souffrir. D'autre part, intervenir avant que les contractions utérines se soient nettement établies, avant que la dilatation du col ne soit au moins commencée, c'est, disent les autres, s'exposer à inciser un utérus qui se rétractera, se contractera mal, et à observer pendant l'opération des hémorragies graves qui pourront mettre par elles-mêmes la vie de la femme en danger, ou tout au moins compromettre sérieusement le résultat de l'opération par les manœuvres qu'elles rendront nécessaires; C'est s'exposer enfin à trouver un col utérin qui permettra difficilement l'écoulement des liquides lochiaux, d'où rétention et chances plus grandes d'infection.

Ces dernières raisons semblent avoir prévalu, et la plupart des auteurs donnent le conseil d'attendre, pour intervenir, que le travail soit commencé, et, selon eux, le moment d'élection pour pratiquer l'opération est celui où, le travail étant commencé, la dilatation est déjà marquée sans que pourtant les membranes soient rompues.

Pour moi, je suis convaincu que la crainte de voir, si on intervient avant le début du travail, l'utérus rester inerte, d'observer alors des hémorragies graves, immédiates ou secondaires, d'avoir, après l'opération, à lutter contre la rétention des lochies, n'est pas fondée.

J'ai, dans deux cas, opéré délibérément avant tout début du travail, et je m'en suis bien trouvé. L'utérus s'est bien rétracté pendant l'opération; l'hémorragie a été faible; le canal cervical a été parfaitement perméable aux liquides lochiaux. Je dirai, du reste, plus loin que cet écoulement est généralement très faible. Nous avons vu M. Tarnier agir ainsi chez une femme atteinte d'un cancer du col qui rendait l'accouchement impossible. M. Bouilly agit de même dans un cas, et, dans ces différents faits, l'opération, pratiquée avant tout début du travail, s'est poursuivie sans encombre; l'utérus s'est bien rétracté, il n'y a pas eu d'hémorragie. Je sais bien que M. Treub a observé deux cas dans lesquels l'opération pratiquée pendant la grossesse avait été traversée d'accidents graves (inertie utérine insurmontable et hémorragie). La technique suivie par M. Treub doit être, à mon sens, accusée plutôt que le moment auquel ses deux opérations étaient faites (1). M. Berlin pense que l'intervention précoce a donné des résultats trop défectueux à Werth et à Van der Meij pour qu'on doive la recommander. Malheureusement, je n'ai pu retrouver les observations de ces deux auteurs, dont M. Berlin ne donne pas l'indication bibliographique, et je reste convaincu que la saine pratique est d'opérer à son jour, à son heure, dix jours environ avant le début du travail, tout en se préparant à ne pas être pris au dépourvu et à intervenir tout de suite si le travail se déclarait.

II. *Préparatifs de l'opération.* — L'opération décidée, comment la pratiquer? Je passe sur toutes les précautions qui doivent être prises pour assurer une asepsie rigoureuse. Ce sont celles qui ne doivent jamais être négligées à la veille d'une laparotomie.

On aura à sa disposition tous les instruments nécessaires à une laparotomie; on n'oubliera pas que la section césarienne devra peut-être se compléter de l'ablation de l'utérus: un serre-nœud avec fil de fer solide et plusieurs broches destinées à être passées à travers le pédicule seront donc nécessaires. On aura, en outre, un flacon d'ergotine; la solution que j'emploie de préférence est l'ergotinine de Tanret. Enfin, on aura soin de se munir d'un tube de caoutchouc, du diamètre du petit doigt environ, souple, non fenêtré, qu'on pourra appliquer, s'il est nécessaire, à la base de l'utérus pour assurer l'hémostase.

Tout étant préparé; la malade purgée la veille de l'opération, ayant pris un bain antiseptique; les poils de la vulve et du pubis ayant été rasés; les téguments abdominaux et génitaux, et surtout l'ombilic, étant bien aseptiques, la cavité vaginale ayant été bien nettoyée, lavée, tamponnée avec une gaze antiseptique, on commence l'opération, après avoir chloroformé la malade et

(1) Bar. A quel moment doit-on pratiquer l'opération césarienne? (*Soc. de médecine pratique*, 1888.)

Digitized by Google

vidé la vessie, précaution nécessaire plus encore ici que dans les autres laparotomies. Car, chez la femme enceinte, la vessie, distendue même par une médiocre quantité d'urine, s'élève assez haut au-dessus du pubis et pourrait facilement être lésée pendant l'opération. Cette élévation de la vessie est surtout marquée si l'opération est faite chez une femme en travail. Dans ce cas, plus le travail aura été long, plus le segment inférieur se sera allongé, et plus la vessie s'élèvera haut.

III. *Incision de la paroi abdominale.* — La vessie vidée, l'opérateur, assis entre les deux jambes de la femme, ayant deux aides expérimentés à sa droite et à sa gauche, assisté en outre par deux autres aides, dont l'un lui passera les instruments et l'autre sera prêt à donner tous les soins nécessaires à l'enfant qui naîtra peut-être en état de mort apparente, procède à l'incision de la paroi abdominale.

Celle-ci sera pratiquée sur la ligne médiane. Elle aura une longueur de 16 centimètres, longueur qui laissera facilement passer la tête fœtale et permettra de faire aisément toutes les manœuvres qui seront nécessaires. Si elle était trop petite, on l'agrandirait autant qu'il serait besoin, soit vers son extrémité supérieure, soit, mais plus prudemment, vers son extrémité inférieure.

L'incision abdominale sera assez élevée, et la plupart des opérateurs conseillent de la commencer à 8 centimètres au-dessus de l'ombilic, pour la terminer à une égale distance au-dessous. Ce précepte est bon.

D'une manière générale, on pourrait formuler la règle suivante : plus le travail s'est prolongé au moment où l'on intervient, plus l'incision sera élevée, car, plus le segment inférieur sera allongé, et plus sera élevée la masse du corps utérin sur laquelle devra porter l'incision. Elle devra également être plus haute si on intervient, par suite de la présence de tumeurs volumineuses, fibromes, etc., faisant obstacle à l'accouchement. Dans ces cas, en effet, la cavité utérine est plus élevée. Le palper abdominal, en rendant possible l'appréciation de ces particularités, permettra de préciser, dans chaque cas particulier, la hauteur à laquelle doit être faite l'incision.

Si je voulais préciser ma pensée par des chiffres, je dirais volontiers : si la femme est en travail depuis longtemps au moment où vous intervenez, commencez votre incision à neuf centimètres au-dessus de l'ombilic pour la terminer à sept centimètres au dessous. Si vous intervenez au début du travail, ou peu après, suivez le précepte classique. Si vous intervenez avant le travail, commencez votre incision à sept centimètres au-dessus de l'ombilic pour la terminer à neuf centimètres au-dessous. Si l'incision ainsi faite n'était pas suffisante, vous l'agrandiriez par sa partie supérieure.

La section de la paroi étant faite suivant les règles qu'on observe dans toute laparotomie, Sænger avait autrefois donné le conseil de passer à travers la paroi abdominale trois fils à suture qui pourraient permettre de fermer, si on le voulait, le tiers supérieur de la plaie abdominale, et de s'opposer ainsi à la hernie des anses intestinales quand l'utérus incisé sera attiré au dehors pour être suturé. Cette précaution complique sans avantage l'opération.

Voici l'utérus à découvert : on va procéder à son incision.

(*A suivre.*)

Dr P. Bar.
Professeur agrégé à la Faculté, Accoucheur des hôpitaux de Paris.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

DERMATOLOGIE

Traitement de l'herpès génital

Dans son livre remarquable sur le *Traitement des maladies de la peau*, notre savant confrère M. le Dr Brocq distingue, au point de vue thérapeutique, les formes suivantes qui, chacune, comportent des indications différentes.

I. Herpès génital discret. — Il conseille des pansements biquotidiens suivants :

1° Lotion avec l'eau blanche coupée d'eau, l'eau de Labarraque, le vin aromatique très étendu ; une décoction astringente de roses ou de ratanhia ; ou bien : une solution boriquée préparée avec l'eau pure ou la décoction de feuille de noyer.

2° Immédiatement après application, de la poudre suivante :

Oxyde de zinc.	ãã 1 gramme.
Calomel	
Sous-nitrate de bismuth . . .	3 —

Ou bien : la poudre d'oxyde de zinc, de carbonate de bismuth, le talc boriqué.

Dans l'eczéma humide, M. Ernest Besnier prescrit un mélange ainsi composé :

Amidon pulvérisé	100 grammes.
Tannin	5 —
Sous-nitrate de bismuth. . .	1 —

Au besoin, s'il y a de l'irritation, le même observateur fait précéder l'application de la poudre par une onction avec l'onguent diachylon lanoliné et M. Brocq, avec la vaseline, la pommade à l'oxyde de zinc ou le cérat lanoliné.

II. Herpès génital confluent.

1° Au début topiques émollients, cataplasmes de fécule à l'eau boriquée, lotions de décoction de têtes de pavot boriquée, bains de siège ;

2° Onctions avec la vaseline, l'axonge fraiche, le cold-cream ou bien application d'une poudre inerte suivant la tolérance des malades (Brocq) ;

3° Quand celle-ci est établie : onction avec l'onguent diachylon lanoliné, la pommade à l'oxyde de zinc et au sous-nitrate de bismuth boriquée ou non.

III. Herpès génital récidivant.

1° Cautérisations avec les solutions de nitrate d'argent titrées à 30, 20 ou 10 pour cent ou mieux avec le crayon de nitrate d'argent (Brocq) ;

2° Lotions astringentes avec les solutions de sulfate de cuivre, de zinc ou de sublimé ;

3° Applications de poudres sèches et de ouate ;

4° Traitement général : eaux de Saint-Gervais, de Luchon.

S. R.

Digitized by Google

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

Lille, 5 décembre 1890.

Humanité et nationalité

La nation allemande est humanitaire ; elle le dit par la voix de ses médecins. — La nation française est généreuse : la tradition le montre et ses médecins ne sont pas disposés à le laisser oublier.

Acceptons comme exemple l'une des phases de l'histoire thérapeutique du quinquina.

Un singulier personnage est Robert Talbor, ou Tabor. « Il avait été commis chez un apothicaire, Dear, de Cambridge; s'était établi dans l'Essex, où il pratiqua la médecine avec beaucoup de succès. Plus tard, il vint à Londres et publia en 1672 un petit livre intitulé *pyretologia*..... La réputation de Talbor s'accroissant, il fut nommé, en 1678, médecin ordinaire de Charles II: le 27 juillet de la même année, il reçut, à Whitehall, le titre de chevalier, Cependant il n'était pas membre du Collège des médecins; et, pour le placer à l'abri des attaques, le roi fit écrire une lettre pour empêcher ce corps de mettre des obstacles à sa pratique médicale. L'année suivante, le roi ayant été atteint d'une fièvre quarte, à Windsor, Talbor le guérit à l'aide de *son remède secret*.

» La même année, Talbor visita la France et l'Espagne. Dans le premier de ces pays, il eut le bonheur de guérir le Dauphin d'un accès de fièvre; et il traita avec succès d'autres personnages éminents. Ces heureux résultats lui attirèrent les faveurs de Louis XIV, qui, moyennant une somme de 2,000 louis d'or et une pension annuelle de 2,000 livres, obtint de lui la révélation de son mode de traitement. Il prouva qu'il consistait dans l'administration de fortes doses d'écorces de quinquina dans du vin. Après la mort de Talbor (1681), Louis XIV ordonna la publication de sa méthode de traitement. Cette publication parut, en 1682, dans un petit livre de Nicolas de Blegny, chirurgien du roi Ce livre fut immédiatement traduit en anglais... . ordered bi his Majesty to be published in French, for the benefit of his subjects, and now translated in to English for public Good. (London, 1682). »

Ce souci de l'intérêt public n'est certes pas une exception. Ce qu'on trouve dans l'histoire du quinquina, on le trouve aussi dans l'histoire de l'ipécacuanha.

En 1686, Jean-Claude-Adrien Helvetius était encore étudiant en médecine à Paris. Il employa l'ipéca dans « des cas de dysenterie et son usage fut couronné du plus grand succès. On dit même qu'il fit apposer des affiches aux coins des rues pour proclamer les succès de son traitement par la nouvelle drogue. Il la vendit comme *remède secret*. La renommée des cures faites par Helvétius parvint à la cour de France, et détermina des essais de la drogue à l'Hôtel-Dieu. Ces expériences ayant été couronnées de succès, Louis XIV accorda à Helvétius le droit exclusif de la vente de son remède. Plus tard, plusieurs grands personnages, parmi lesquels le Dauphin de France, ayant éprouvé les avantages de ce médicament, le roi consulta son médecin, Antoine d'Aquin, et par son confesseur, le P. La Chaise, il négocia, avec Helvétius, l'achat de son secret qu'il acquit pour 1,000 louis d'or et qu'il rendit public. »

Le zèle à publier les remèdes nouveaux est donc une vieille tradition du gouvernement français. Qu'on n'aille pas supposer que nos documents historiques sont encore des manifestations d'un chauvinisme, qu'on juge, au delà du Rhin, en le mesurant à l'aune de la paralysie générale. Nos documents sont d'origine étrangère : ils portent la signature de F. A. Flückiger, professeur à l'Université de Strasbourg et celle de Daniel Hambury, membre de la Société royale de Londres. C'est le texte de l'ouvrage anglais « *pharmacographia* », traduit en 1878 par M. de Lanessan (tome I).

Il est inutile de vouloir rajeunir quelques prétextes, toujours les mêmes, pour cacher tout ce qu'il y a d'odieux dans le monopole de la lymphe de Koch, monopole que prétend accaparer le gouvernement allemand : c'est une forme nouvelle du socialisme d'Etat, qui est incompatible avec nos besoins de liberté, avec nos habitudes d'initiative privée, de critique et de contrôle. Jamais, en France, nous ne saurons nous faire à la servitude d'un monopole semblable.

Quant au fait de l'exploitation de cet inacceptable monopole, il fait bondir d'indignation et de rage plusieurs familles de race française.

Plusieurs sont tuberculeux et pourraient bénéficier du remède de Koch.

Ils sont trop fiers pour l'accepter à titre gratuit.

Ils sont trop fidèles aux serments de l'année terrible pour donner leur or à ce même gouvernement, qui a versé le sang des leurs, dans des circonstances que l'emportement de la guerre peut seul expliquer.

C'est du chauvinisme, c'est vrai; mais je le comprends et je le salue avec un respect mêlé de compassion pour la famille, mêlé d'espérance pour la Patrie.

Dr F. Guermonprez.

LE REMÈDE DE KOCH

J'ai reçu, d'un assez grand nombre de nos lecteurs, des lettres me demandant instamment quels sont les moyens pour obtenir, le plus rapidement possible, la mystérieuse lymphe de Koch. Ces moyens, je les connais, puisque, depuis plus d'une semaine, je suis l'heureux (?) possesseur de ce remède. Mais, je me garderai bien de les indiquer pour les raisons suivantes :

1° Ce médicament est un remède secret, et la loi nous interdit d'en faire usage. Nous n'avons même pas le droit de pratiquer ces injections sur les malades qui nous les demandent, et ce matin encore j'ai dû les refuser dans mon service d'hôpital à un phthisique (au 1er degré) qui me les réclamait, comme je les refuse systématiquement à tous les malades ;

2° Je refuse ces injections : parce que je pense, avec beaucoup d'autres, qu'elles auraient dû rester de simples expériences de laboratoire; parce que je ne me crois pas le droit de risquer la vie de mes semblables, même et surtout dans un but scientifique. On peut comprendre, en thérapeutique, toutes les audaces, mais à la condition expresse qu'elles s'arrêtent au respect de la vie humaine.

Or, nous assistons, depuis quelques semaines, en Allemagne, à un spectacle d'un genre nouveau : celui de médecins qui emploient un remède sans en connaître la nature, et qui poursuivent impitoyablement sur l'homme des expériences se terminant parfois par la mort.

On peut se demander, on se demande avec effroi, si l'injection de Koch n'exerce pas une influence aggravante sur la phtisie ; si elle ne réveille pas de vieux foyers tuberculeux en train de se cicatriser ; si elle ne peut pas transformer une forme chronique en phtisie aiguë, galopante et asphyxique ; si elle ne provoque pas autour de granulations, latentes et silencieuses jusque-là, de violentes congestions que les enseignements de la

Digitized by Google

clinique nous ont toujours appris à redouter. On doit se demander si la grande quantité de bacilles rendus dans l'expectoration des malades soumis à cette médication, au lieu d'être attribués à « l'élimination du tissu tuberculeux », ne sont pas plutôt dûs à ce réveil de granulations bacillaires. On dit même que la lymphe de Koch ne peut plus déjà servir au diagnostic, puisqu'elle produit sa réaction sur des maladies non tuberculeuses.

Il est donc à craindre que l'humanité souffrante compte une déception de plus. Tout parait s'écrouler à la fois, et jusqu'ici, seuls nous restons avec nos gloires médicales demeurées intactes, avec Laënnec, Villemin et Pasteur.

Mais, en supposant même (ce qu'il faut encore et toujours souhaiter), que se réalisent les espérances de la « grande » découverte de Koch, il n'en restera pas moins ce fait inoui : un savant, un grand savant qui ne sait pas résister aux injonctions d'un ministre, et qui consent à laisser monopoliser par l'Etat un remède dont il garde le secret.

En cela, M. Koch a commis et a laissé commettre une mauvaise action contre laquelle les savants doivent protester avec la dernière énergie.

HENRI HUCHARD

Les essais de la lymphe de Kock à l'hôpital Laënnec

Dimanche dernier, M. Cornil a continué l'exposé des expériences entreprises dans son service. Comme les divers observateurs il affirme la puissance de la lymphe de Koch sur les tissus tuberculeux vivants et la production, par son action, d'une inflammation violente : voilà le fait physiologique.

Est-ce là une inflammation curative ou la provocation d'un acte morbide susceptible de guérir ou d'aggraver la maladie. Voilà ce qu'il importerait de savoir ? Plus on avance dans la voie expérimentale, moins la question paraît douteuse et plus il paraît imprudent de continuer les esssais d'une substance redoutable dont on ignore la composition.

Pour donner une idée de sa puissance et, ajouterons-nous, de ses dangers, empruntons à M. Cornil les observations suivantes :

Sur un homme porteur de nombreuses cicatrices et ulcères de tuberculose cutanée, nous avons vu se produire, dix heures environ après l'injection, une rougeur de la peau et une tuméfaction de l'os de la phalange au niveau de l'annulaire de la main droite, là où l'on n'avait jamais observé cette lésion : c'est un *spina ventosa* qui était latent, et qui s'est montré inopinément. Ce n'est pas notre injection qui a créé cette lésion ; mais elle l'a rendue apparente. On peut se demander quel bénéfice le patient tirera de cette découverte d'une maladie jusqu'ici latente.

Sur un enfant de 13 ans au début de la tuberculose pulmonaire, la première injection d'un milligramme a fait constater au sommet du poumon gauche des signes d'auscultation caractéristiques, tandis qu'auparavant ils paraissaient douteux à plusieurs des personnes qui l'avaient examiné. A la place d'une respiration rude et de craquements secs disséminés, nous trouvions, le lendemain de l'injection, sous la clavicule, une respiration soufflante et des bouffées de râles crépitants à l'inspiration : dans un point en dehors du cœur, au niveau de la cinquième côte gauche, il n'y avait rien auparavant, on trouvait du souffle et des bouffées de râles à l'inspiration. Ces phénomènes ont disparu la lendemain.

Après la seconde injection, réapparition du même souffle et des râles aux mêmes points ; en même temps, il s'est produit, pendant trois heures, des accès de toux coqueluchoide indiquuant sûrement une tuméfaction des ganglions de la racine des bronches qui assurément aussi sont touchés par la tuberculose, et un certain bruit de souffle à ce niveau, le long de la colonne vertébrale. Aujourd'hui, après une injection faite hier soir, on constate un nouveau foyer, avec du souffle et des crépitations dans l'aisselle,

Les phénomènes observés du côté du rein chez trois malades accusent aussi l'énergie du médicament.

Deux d'entre eux, atteints du lupus, de tuberculose multiple du bras et des doigts avaient reçu, l'un 3 milligrammes, l'autre 5 milligrammes en injection. Le lendemain, ces malades rendaient une urine sanguinolente, rosée, contenant de l'albumine (de la sérine) et des dépôts indiquant de toute évidence que le sang venait des reins. Nous avons observé, dans ce dépôt, une quantité considérable de cylindres représentant le moule des tubes droits, cylindres fibrineux ou muqueux, contenant des globules rouges et des cellules épithéliales pigmentées en jaune.

La quantité du sang a diminué progressivement, mais, pendant les jours suivants, il y avait encore des globules rouges plus ou moins déformés, des cylindres et de l'albumine. Les urines de ces malades n'étaient pas albumineuses avant l'injection. Il n'a été fait qu'une seule inoculation.

Un troisième malade, qui n'avait pas non plus d'albuminurie, en a présenté une petite quantité après la seconde injection. Le dépôt contenait quelques globules rouges et des cylindres en très faible quantité.

Quelle est la cause de ces désordres du côté du rein ? Il est à peu près certain que, chez ces malades, il existait déjà, avant l'injection, soit des granulations disséminées qui ne donnaient pas lieu à l'albuminurie, soit un très léger degré de néphrite sans albuminurie, soit une dégénérescence amyloïde limitée aux pyramides de Malpighi. A la suite de l'injection, la congestion rénale a donné lieu à une hémorragie rénale et au passage de l'albumine provenant du sang.

Ce sont là des complications qui doivent faire examiner avec le plus grand soin les urines des malades et faire proscrire une injection qui dépasse la dose ordinaire de début que nous faisons le plus souvent à 1 milligramme.

Il y a encore d'autres altérations du sang, paraît-il, que, nous l'espérons, des communications prochaines feront connaître.

Que serait-ce donc, ajouterons-nous, et tout lecteur impartial l'ajoutera avec nous, si ces injections étaient plus nombreuses et de dose plus élevée ?

Aujourd'hui, de même qu'il y avait des guérisons quasi-officielles, il y a des décès qui le sont presque. A Berlin, leur nombre a été de onze, que l'on déclare. Et ceux dont on ne parle point ? Voilà des faits de nature à justifier les réserves que, dès le début (1), ce journal a été, nous tenons à le répéter, l'un des premiers à formuler et qu'aujourd'hui on formule un peu partout : en Angleterre (*The Lancet*, 6 décembre), à Vienne, à Naples (Semmola), même dans les pays où fleurit la triple alliance scientifique.

CH. ELOY.

(1) Voir : *Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1890, n° 42.

Digitized by Google

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE. **Société de médecine de Berlin** (3, 15 et 19 novembre). — I. *Du traitement du diverticule œsophagien.* — II. *Des eczémas sudoraux.* — ANGLETERRE. **Société harweienne de Londres** (nov. 1890). — III. *L'œil cardiaque.* — BRÉSIL. **Société de médecine et de chirurgie de Rio de Janeiro** (30 sept. 1890). — IV. *Du traitement de la diarrhée par le borate de chaux.*

I. **Du traitement du diverticule œsophagien.** — On distingue deux variétés de diverticules œsophagiens : les uns par traction, fréquents au niveau de la bifurcation de la trachée et en rapport de causalité avec un tissu cicatriciel produit par une adénopathie péritrachéale suppurée avec adhérences ; les autres par pression, situés vers la partie inférieure du pharynx, et qui vont en augmentant de volume par la stagnation des aliments. Ce sont les plus fréquents, et c'est l'un d'eux qui a motivé dans un cas l'intervention opératoire dont M. VON BERGMANN entretenait ses collègues.

La malade accusait une grande lenteur dans la déglutition ; après l'ingestion de quelques gorgées de bol alimentaire, cette déglutition devenait difficile, il y avait des éructations, des régurgitations. Pas de tumeur à la palpation ; pas de bruits œsophagiens anormaux, mais difficulté d'introduire la sonde dans l'œsophage. Néanmoins on reconnait l'absence de rétrécissement.

Ces difficultés du cathétérisme déterminèrent le chirurgien berlinois à opérer. Voici la technique qu'il adopta :

1° Incision des tissus depuis la bifurcation de la carotide jusqu'au sternum. Ligature de la veine faciale et de l'artère thyroidiennne supérieure ; section du nerf laryngé supérieur.

2° Dissection du diverticule jusqu'à son orifice œsophagien.

3° Section du diverticule et suture de la plaie œsophagienne.

4° Tamponnement de la plaie avec la gaze iodoformée.

5° Au huitième jour on renouvelle les tampons ; il y eut issue des sutures.

Pendant les trois premiers jours, point d'aliments, ni solides, ni liquides. Les jours suivants alimentation avec le lait. Impossibilité de nourrir la malade avec la sonde dont la présence provoquait des efforts de vomissement.

Le résultat de l'opération a été favorable, sauf une petite fistule œsophagienne qui est d'ailleurs en voie de guérison.

II. **Des eczémas sudoraux.** — Sous ce nom, M. BEHREND, en désaccord d'ailleurs avec les dermatologistes autrichiens et français, confond les éruptions miliaires et les sudamina avec les eczémas. Il trouve que des rapports les unissent et admet que les premières se transforment pour devenir les secondes.

Voici la nomenclature qu'il adopte :

1er *groupe* : eczémas consécutifs à des sueurs profuses (miliaire rouge) avec démangeaisons et sécheresse de la peau ;

2e *groupe* : eczémas vésiculeux, se produisant par poussées, s'accompagnant ou non de prurit et se localisant volontiers sur l'abdomen et les lombes ;

3e *groupe* : miliaire cristalline de Hébra ; sous forme de petites vésicules plus ou moins confluentes ;

4e *groupe* : dishydrose de Tilbury Fox, dans laquelle la peau est couverte d'élevures d'aspect comparable à des grains de sagou.

Quel traitement faut-il adopter contre ces éruptions sudorales? L'abstention est la règle généralement observée. M. Behrend ne l'approuve point et dans la crainte de voir ces éruptions devenir des eczémas suintants, il conseille de les combattre au moyen de préparations de goudron.

Cette conduite est conforme à la théorie dont il se fait l'avocat; reste à savoir si la théorie est exacte ?

III. **L'œil cardiaque.** — Jusqu'ici on a décrit un foie, un rein et un poumon cardiaque. On a soupçonné un œil cardiaque et le mot a été prononcé par M. Huchard dans ses conférences sur l'artério-sclérose et les maladies artérielles.

Voici que M. HATTEN, sans le prononcer, établit des rapports entre certaines altérations visuelles et les troubles cardio-vasculaires.

Il remarque que très fréquente dans l'hypermétropie, l'artérite est fréquente chez les myopes. Le pouls d'un individu en hypermétropie au début est souvent variable et rapide. Il y a élévation de la tension artérielle.

Le pouls des myopes est lent, à moins d'une myopie à marche rapide. Il en est de même quand l'hypermétropie est ancienne et alors, il faut admettre qu'il y a hypertension artérielle.

Ce sont là des phénomènes qui mériteraient d'être étudiés et qui, s'ils étaient vérifiés par des observations de contrôle, justifieraient la dénomination « d'œil cardiaque », comme celles de foie et de rein cardiaques. En tout cas ils démontrent, dès à présent, des rapports existant entre les troubles fonctionnels de la vision et les lésions du système cardio-vasculaire.

IV. — **Du traitement de la diarrhée par le borate de soude.** — La renommée, peut-être surfaite, du borate de soude pour combattre le pyrosis et l'hyperchlorhydrie gastrique des dyspeptiques, a engagé M. le Dr ALVARO ALBERTO à employer contre les diarrhées, au double titre d'alcalin et d'antiseptique un autre sel du même acide, le borate de chaux.

Il cite à l'appui de ses conclusions quatre observations d'enfants âgés de quelques mois à trois années, dont les diarrhées furent combattues par l'emploi de ce sel, soit isolément, soit après l'administration d'un vomitif : l'ipécacuanha.

La dose était de 0,20 centigrammes. On la répétait trois à quatre fois par jour et la guérison était obtenue dans l'espace de cinq à huit jours. Cette médication ne dispensait point d'un régime diététique convenable : lait, et au besoin viande crue.

Dans quelques cas, on associait le borate de chaux au bicarbonate de soude selon la formule suivante :

Bicarbonate de soude.	0,80	centigrammes
Borate de chaux	0,40	—

M.s.a. pour quatre doses.

Ces essais sont assurément encourageants. Toutefois, on ne doit pas oublier que, tout en étant inférieure à celle de l'acide borique, la toxicité des sels de cet acide n'est point nulle. De plus, il faut se rappeler que, de l'avis de Nothnagel et Rossbach, l'acide borique peut jouer le rôle d'un irritant de la muqueuse intestinale. On le voit, malgré l'intérêt qu'elles présentent, les expériences cliniques de notre savant confrère brésilien ne sont pas à l'abri des objections. K. D.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 *décembre* 1890.

Présidence de M. le Dr TERRIER

Arthrectomie et résection du genou. — M. CHAMPIONNIÈRE développe quelques points de sa dernière communication qui ont besoin d'un court éclaircissement. En ce qui concerne les tumeurs blanches du genou, il reconnait que certains malades guérissent par l'immobilisation prolongée du membre inférieur, d'autres après une opération incomplète, mais cette dernière conduite ne doit pas être proposée comme exemple. En bonne chirurgie, on doit enlever toutes les fongosités soit dans les parties molles, soit dans les os, chaque fois que cela est possible. La réparation est plus rapide, le membre plus solide qu'après l'arthrectomie simple.

Il y a quelques années, M. Ollier se contentait d'enlever le

Digitized by Google

gros des manifestations tuberculeuses, laissant le reste s'éliminer par suppuration ou après des applications de fer rouge. Aujourd'hui que les moyens chirurgicaux sont plus perfectionnés, on doit agir autrement et extirper d'emblée tous les foyers tuberculeux. Il rejette l'arthrectomie parce qu'elle est une résection incomplète, ne détruisant pas les tubercules osseux. Certains auteurs, Wolkmann entre autres, l'ont abandonnée pour la même raison. La résection doit rester l'opération de choix. Il ne faut pas croire, d'ailleurs, que les malades marchent moins bien après cette opération qu'après l'arthrectomie. Mieux vaut avoir une bonne ankylose du genou que des demi-mouvements de flexion souvent douloureux. Même lorsque l'on a réséqué cinq ou six centimètres d'os, on voit ensuite le raccourcissement diminuer par une sorte d'allongement du cal.

M. Routier a pratiqué dix-huit résections pour tumeurs blanches du genou, toutes ont guéri opératoirement. Une seule fois il a dû amputer la cuisse parce que l'affection s'était reproduite. Les dix-sept autres opérés conservent des membres utiles. Chez tous les os étaient très malades. M. Routier attribue cette circonstance à ce qu'en France nous faisons la résection du genou pour des malades que l'on amputait autrefois, chez lesquels les lésions sont de ce fait très avancées. Chaque fois il a largement évidé les os; avant de faire le pansement il établit un drainage latéral qu'il enlève le troisième jour, puis applique un appareil plâtré. Les malades commencent à marcher vers le vingt et unième jour.

Statistique opératoire. — M. Pozzi donne la statistique des opérations qu'il a pratiquées dans son service à l'hôpital de Lonrcine. Dans les cinq derniers mois Sur quatre-vingt-cinq opérations de chirurgie gynécologique, il a fait trente-huit laparatomies pour fibromes utérins, kystes de l'ovaire, salpingites, hypertrophie palustre de la rate. Sur ces trente-huit laparotomies, il a obtenu trente-six guérisons et deux morts. Ces deux dernières malades étaient atteintes, l'une d'un énorme fibrome utérin, l'autre d'hypertrophie de la rate. Parmi les autres opérations, nous relevons six hystérectomies vaginales pour cancer, qui ont donné cinq guérisons et une mort.

M. Pozzi fait suivre sa communication de quelques mots sur le traitement du pyo-salpinx par la laparotomie. Il pratique une incision abdominale petite, mais suffisante pour introduire dans le ventre la main destinée à rechercher la tumeur. Il ne s'aide donc pas de la vue. Si la poche purulente est petite, il la décortique et l'enlève au-dessus du pédicule; si elle atteint le volume des deux poings, il la vide par une ponction et l'extrait de la même façon. Des adhérences fréquentes entre l'appendice cœcale et la tumeur rendent cette opération plus délicate. Deux malades présentaient des complications de ce genre et n'offraient aucun antécédent blennorrhagique ou autre capable de contaminer les trompes; l'une d'elles était vierge et avait eu la fièvre typhoïde, l'autre avait été atteinte d'une entérite. M. Pozzi se demande s'il n'y a pas eu là une infection du voisinage de l'intestin vers la trompe, il pose la question sans la résoudre.

Toutes les fois qu'il y a eu effusion de liquide septique dans l'abdomen, il fait le drainage avec une lanière de gaze iodoformée; les liquides s'écoulent par capillarité dans le pansement. Il ferme la paroi abdominale par des plans de sutures superficiel et profond, il obtient ainsi une cicatrice linéaire profonde qui réunit le péritoine à lui-même, puis les aponévroses et les muscles et enfin la peau. Jamais il n'a vu de hernie survenir chez ses opérées.

Traitement du lupus par la greffe cutanée. — M. Schwartz présente un enfant de quatorze ans, atteint depuis dix ans d'un lupus tuberculeux du front ayant résisté à tous les traitements, qu'il est parvenu à guérir de la façon suivante. Après avoir avivé la surface du lupus, il tailla sur la peau de l'avant-bras de cet enfant un large lambeau cutané qu'il laissa adhérent par un pédicule, puis en sutura le pourtour sur la périphérie du lupus, en ayant soin de fixer l'avant-bras sur le front. Le dixième jour, la greffe était réunie à la surface de l'ulcère; M. Schwartz sectionna alors le pédicule. Aujourd'hui l'enfant est entièrement guéri, la peau qui recouvre le lupus est saine, il présente une petite cicatrice linéaire au niveau des sutures à tel point qu'il est impossible de reconnaître l'ancienne affection.

M. Schmidt communique un cas de kyste dermoïde sub-lingual pris pour une grenouillette aiguë et guéri par l'extirpa ion totale de la poche.

H. M.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 décembre 1890

Présidence de M. le Dr Dumontpallier

La méthode de Koch. — La séance a été en grande partie remplie par trois importantes communications de MM. Ferrand, Cuffer et Thibierge, présentant un résumé de leurs observations recueillies à Berlin pendant le séjour qu'ils viennent d'y passer. Faites dans un esprit et une forme vraiment scientifiques, elles montrent que l'on doit rester encore dans la plus grande réserve sur les résultats de la méthode du professeur allemand, en ce qui concerne la cure de la tuberculose.

Action générale du remède de Koch. — M. Ferrand expose l'action générale du remède, tandis que M. Cuffer s'est réservé d'étudier spécialement ce qui a trait aux maladies de poitrine et M. Thibierge ce qui a trait au lupus.

Le manuel opératoire est bien connu : il consiste à injecter sous la peau des doses de 1 à 2 millig. de la lymphe vaccinale. Il est prudent de ne répéter ces injections que quand les phénomènes généraux, produits par la précédente injection, se sont calmés. Notons en passant que les médecins allemands ont à peu près tous abandonnés la seringue de Koch, et qu'il se servent d'une seringue de Pravaz à piston d'amiante.

L'action de la lymphe de Koch peut se résumer en ces termes. C'est un agent pyretogène quant à ses effets généraux, et, quant à ses effets locaux, c'est un agent qui congestionne les systèmes capillaires et porte son action d'une façon toute spéciale sur les tissus envahis par le bacille tuberculeux. Si l'action pyretogène est surtout marquée chez les tuberculeux, elle ne leur est pas absolument exclusive.

M. Ferrand compare ces effets à ceux qui résultent de l'action d'un poison musculaire. La courbature générale, les douleurs ressenties par les malades dans les muscles, le collapsus cardiaque, les dilatations capillaires, tous ces caractères dénotent assez que la fibre musculaire vaso-motrice est atteinte par le poison partout où elle se trouve.

Les accidents nerveux produits par la même substance chez un certain nombre de sujets, savoir : un peu de délire, fugace d'abord, puis surtout un coma plus ou moins profond, ont fait penser à plusieurs observateurs qu'on avait affaire à un poison du système nerveux et probablement d'action bulbaire. Il semble à M. Ferrand que l'intégrité relative des fonctions respiratoires doit faire écarter cette interprétation; les accidents encéphaliques lui paraissent explicables par les troubles paralytiques éprouvés par les capillaires cérébraux.

En somme, les choses se passent comme si la substance en question provoquait une sorte de paralysie de la fibre musculaire vaso-motrice, congestionnant certains systèmes capillaires. Cette congestion parétique intéresse plus ou moins gravement

Digitized by Google

le cœur lui-même et touche aussi quelque peu la musculature périphérique.

Les contre-indications de la méthode ont déjà été ainsi formulées par le professeur Ewald, ce sont :

1° Une généralisation trop étendue de la lésion tuberculeuse ;

2° Une adynamie ou une faiblesse trop grande du phtisique ;

3. La forme hémoptoïque de la maladie.

M. Ferrand pense que le caractère ultra-fébrile d'une phtisie est encore un motif de s'abstenir, ou tout au moins, qu'il commande une grande prudence dans l'emploi du remède.

Aucun des effets jusqu'ici observés ne permettent encore d'attribuer à la lymphe de Koch une puissance réellement curative.

Action du remède dans la tuberculose des voies respiratoires. — M. Cuffer. Tout le monde connaît les réactions générale et locale qui suivent l'injection du liquide de Koch. Mais avant l'ascension de température qui est un des caractères de la réaction générale, on observe parfois une véritable hypothermie qu'il a vue descendre jusqu'à 35°, puis au bout de quelque temps le thermomètre reprend son ascension. Ce phénomène peut s'expliquer par l'état de la circulation après l'injection. En effet, le pouls est mou, dépressible, le cœur bat faiblement. Cet état dure plus ou moins longtemps, quelquefois peu d'instants, parfois un jour entier. Après quoi le pouls se relève, la fièvre s'allume et la réaction locale se produit.

Du côté des voies respiratoires, au début de la réaction locale, on observe presque toujours une dyspnée plus ou moins accentuée, indice de congestion pulmonaire. On perçoit alors des râles fins ou des frottements pleuraux plus accentués. Ces phénomènes sont en général éphémères, mais se reproduisent parfois après chaque injection. Ils ne présentent d'ailleurs pas une régularité absolue: parfois l'action générale est nulle, tandis que la réaction locale se produit seule; dans d'autres cas, elle présente une intensité extrême. Sur une femme tuberculeuse de 42 ans, du service de M. Sénator, chez laquelle les injections avaient été pratiquées avec toute la prudence voulue, M. Cuffer a vu se développer tous les symptômes d'une phtisie aiguë, avec fièvre intense. La malade mourut dix jours après le début du traitement. Il est claire que dans ce cas la réaction locale ne s'est pas produite sous la forme d'une congestion simple. Il y a eu, par les injections, un coup de fouet donné à la lésion tuberculeuse, qui a évolué avec une grande rapidité.

M. Cuffer rapporte trois observations du même genre qui montrent bien que ces inoculations peuvent précipiter la marche de la maladie. En outre, on a signalé des poussées congestives dans le foie, les reins, le cerveau.

A côté de ces faits peu encourageants, on a constaté la diminution des crachats et des sueurs, une amélioration de l'état local et général, mais M. Cuffer n'en a personnellement vu aucun cas.

En résumé, sans l'influence des inoculations, un travail congestif se fait évidemment dans les parties malades. Peut-il être le point de départ de modifications favorables ? C'est possible, mais on n'a pu encore en citer un seul fait démonstratif. Quant aux modifications défavorables et aux accidents ils sont indéniables.

Résultats actuels du traitement du lupus vulgaire par les injections de lymphe de Koch. — M. Thibierge s'est proposé d'étudier pendant son séjour à Berlin les modifications ultérieures qui surviennent dans l'évolution du lupus, traité par la méthode de Koch. On sait en effet que le lupus vulgaire est pour l'observation des effets de la lymphe vaccinale une véritable maladie d'étude, qui a d'abord été choisie par Koch lui-même.

A mesure que l'on répète les injections, même en élevant progressivement la dose du liquide injecté, on voit les phénomènes de réaction locale devenir de moins en moins violents, jusqu'à disparaître complétement. On peut affirmer, lorsqu'on est arrivé à ne plus produire aucune réaction, que la substance injectée a perdu tout pouvoir sur la lésion locale. L'examen de cette catégorie de malades présente un intérêt capital. C'est en se basant sur l'absence de toute réaction qu'on a pu, avec plus d'enthousiasme que de sagacité clinique et d'expérience dermatologique, parler de guérison totale du lupus. — Chez un des malades examiné par M. Thibierge et arrivé à ce degré d'accoutumance, ces régions occupées par le lupus étaient recouvertes d'une couche épidermique continue et lisse ; elles étaient le siège d'une rougeur générale vive, mais cette rougeur, loin d'augmenter à la suite de ces injections, diminuait de jour en jour. — Le malade avait été présenté comme guéri par un des assistants de Bergmann, parce qu'il n'avait plus de réaction locale, mais en tendant les téguments de façon à faire disparaître la rougeur congestive du voisinage, notre confrère put mettre en évidence de petits nodules arrondis, non saillants, de consistance molle, de coloration jaune sucre d'orge, en un mot de petits tubercules ayant tous les caractères des tubercules lupiques, occupant la surface des plaques rouges et surtout leur périphérie.

En résumé, chez tous les malades sans exception qu'il a examinés à Berlin, même chez eux, qui avaient été inoculés dès le début des expériences et à une époque remontant à près de deux mois, M. Thibierge a constaté par un examen objectif minutieux des lésions présentant tous les caractères cliniques des nodules du lupus vulgaire. En présence de ces faits, il se croit autorisé à déclarer que, par la méthode des injections du liquide de Koch, il n'existe pas encore un seul cas de guérison, même apparente, du lupus.

Est-ce à dire que le liquide de Koch soit d'aucune utilité dans le traitement du lupus? Sa merveilleuse rapidité d'action, son influence cicatrisante sur des ulcérations lupiques étendues et rebelles, ressortent au contraire des faits que tout le monde connaît. Toutefois elle s'est montrée jusqu'ici impuissante à faire disparaître complétement les granulations tuberculeuses de la surface de lupus, même guéri en apparence.

M. Debove constate que, comme moyen de diagnostic, les injections de la lymphe de Koch, ne présentent qu'une certitude relative, puisque chez de nombreux tuberculeux la réaction générale a manqué ; inversement elle s'est produite chez des malades qui ne l'étaient pas. — Au point de vue thérapeutique, il n'y a pas un seul cas de guérison authentique. Par contre il y a eu des cas de mort par œdème pulmonaire, œdème de la glotte, collapsus, cardiaque, accidents cérébraux, etc... Nous devons donc être très prudents dans l'emploi de cette lymphe, d'autant plus, que faisant avec elle sur l'homme de véritables expériences, nous sommes en contradiction avec la loi française qui interdit l'emploi des remèdes secrets.

M. Renault présente un malade de 39 ans atteint depuis sept ans de retrécissement artériel généralisé avec endartérite. Cette lésion a déterminé la gangrène des orteils du pied gauche pour laquelle on pratiqua l'amputation de la jambe en 1884. Depuis cinq mois de nouveaux accidents de gangrène se sont déclarés sur les deux premiers orteils du pied droit. La cause de cette artérite reste inconnue ; il n'existe ni syphilis, ni paludisme, ni alcoolisme.

La Société se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Rendu sur le projet de réformes de l'enseignement médical et des concours des hôpitaux.

Dr H. Marciguey.

Digitized by Google

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 décembre 1890
Présidence de M. le Dr MOUTARD-MARTIN

Présentations. — M. TISSIER : **De l'influenza en Russie.** — L'auteur conclut à la non identité de la maladie avec la grippe.

M. MOTAIS (d'Angers) lit une note sur **la myopie chez les animaux sauvages.** On sait que, quand ceux-ci sont en liberté, ils sont hypermétropes. Chez les animaux nés dans les ménageries et enfermés dans des cages étroites, la myopie est fréquente, ce qui démontre la loi d'adaptation des organes.

M. MARTY lit un rapport sur les remèdes secrets.

Du plomb contenu dans l'eau de Seltz — M. MOISSAN rappelle que Vincent avait constaté que l'eau du siphon contenait un demi milligramme de plomb par litre. A. Gautier était aussi au même résultat. M. Moissan a choisi des siphons d'eau de seltz chez de petits fabricants et dans des quartiers où la vente de cette eau est faible. Tous les siphons contenaient du plomb, le plus souvent deux milligrammes par litre ; quelques-uns en contenaient trois milligrammes. Dans l'alliage qui forme la tête du siphon, il y a 40 0/0 de plomb et 20 0/0 d'antimoine.

Le plomb qu'on trouve dans l'eau de seltz provient de deux sources : de l'étamage défectueux des réservoirs contenant l'eau de seltz et de la tête du siphon. M. Moissan appelle l'attention des hygiénistes sur le danger que les siphons d'eau de seltz peuvent produire.

De la dépopulation de la France. — M. PH. ROUSSEL revient sur les causes signalées par les différents orateurs : influence de la race, des lois civiles et militaires, de la non-protection de la femme et de l'enfant, de l'émigration des campagnes dans les villes, de la diminution des croyances religieuses. Il demande qu'on fasse certaines modifications et améliorations à la loi qui porte son nom. Il désire que le préfet et l'inspecteur départemental s'aident des bons offices des personnes charitables et qu'on développe le rôle des médecins inspecteurs.

M. LAGNEAU revient sur l'influence des professions sur la natalité. Il annonce que les naissances sont plus nombreuses dans les quartiers pauvres (à Belleville) que dans les quartiers riches (Champs-Elysées).

Election. — M. DIEULAFOY est nommé membre titulaire dans la section de pathologie interne par 49 voix sur 75 votants.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Une page d'histoire médicale contemporaine, 1882 et 1890. — *Remède secret et remède d'Etat. — Un rébus thérapeutique.*

Le *Journal des Praticiens* a déjà montré qu'il connaît son histoire contemporaine. Il va le prouver encore aujourd'hui par un document qui échappe à la mémoire de nos confrères de la presse médicale.

Je le trouve dans la *Semaine médicale*, qui, d'ordinaire si hâtivement informée, semble en ce moment oublier ce qu'elle insérait dans son numéro du 21 novembre 1882.

***

C'était au lendemain du Congrès de Genève. M. Pasteur venait de lire une communication décisive sur les vaccinations charbonneuses et de prouver la fécondité de ses méthodes. Doublement fidèle aux traditions scientifiques en usage chez tous les peuples civilisés, il venait aussi de révéler le secret de ses découvertes et d'offrir à chacun le moyen de les contrôler.

Peu de voix discordantes se firent entendre. Une seule s'éleva,— une voix prussienne, — pour mettre en doute la sincérité et le désintéressement du savant français. C'était celle du Dr R. Koch (de Berlin).

Que disait-il ? (J'emprunte ses principaux arguments à la *Communication faite au Congrès de Genève* [4-9 septembre 1882], adressée à la *Semaine médicale* et traduite « mot pour mot » [*sic*] par le Dr E. Ricklin, rédacteur à ce journal, « afin de faire dire à l'auteur » tout ce qu'il dit et rien que ce qu'il dit».) Ecoutons-le :

Il critique d'abord « les méthodes suivies par M. Pasteur, qui doivent être taxées d'inexactitude, parce qu'elles négligent de faire intervenir l'examen microscopique, parce que les inoculations sont pratiquées avec des substances non pures de tout mélange, parce qu'elles utilisent, pour ces inoculations, des animaux impropres à ces recherches. Ces méthodes ne peuvent dès lors conduire à des résultats sûrs. »

M. Koch ne se contente pas de « reprocher à M. Pasteur l'*insuffisance de ses méthodes scientifiques*, il lui reproche aussi le SOIN JALOUX QU'IL MET A CACHER SES DÉCOUVERTES ET A LES SOUSTRAIRE A LA CRITIQUE, *contrairement aux usages établis en matière de science* ».

« ...Déjà, écrit-il, lors de ses premières recherches sur le choléra des poules, M. Pasteur s'était abandonné aux plus vastes espérances. Lorsque, ensuite, il eut réussi à conférer, au moyen d'inoculations préventives, l'immunité contre le charbon à un petit nombre de moutons, il n'hésita pas à généraliser la signification de ses premiers résultats..... Avec une entière confiance il annonça le triomphe prochain dans la lutte contre les maladies infectieuses..... M. Pasteur avait fait connaître sa technique pour l'atténuation du bacille charbonneux d'une façon si incomplète que, pour la répéter et la contrôler, il était nécessaire d'entreprendre d'abord des recherches très étendues. »

Incidemment « M. Koch reproche à M. Pasteur d'avoir publié *des renseignements insuffisants sur la préparation du virus vaccinal* ».

En terminant, M. Koch représente comme « prématurées les assertions relatives à la possibilité d'atténuer les germes infectieux d'autres maladies virulentes ».

Vous avez lu : *insuffisance des méthodes, soin jaloux à cacher ses découvertes, oubli des usages établis en matière scientifique, renseignements insuffisants sur la préparation du virus vaccinal.....* ? — Le Robert Koch qui écrivait ces lignes en 1882, est-il celui qui, en 1890, refuse de faire connaître la composition du remède qu'il a fabriqué et que son laboratoire débite ? Est-ce lui qui publie en hâte : « une méthode insuffisante» ?

Est-ce lui qui promet à son souverain — un pretexte ! — de tenir secrets tous renseignements sur son « virus vaccinal » ?

Est-ce lui qui, au mépris « des usages établis en matière scientifique » — met — « un soin jaloux à cacher ses découvertes et à les soustraire à la critique » ?

Dans l'affirmative, cet homme ne conforme pas ses actes à ses paroles. Avec la complicité du télégraphe et l'indulgence presque scandaleuse du public, il a lancé un remède et surpris la crédulité des malades. Rien de plus, rien de moins.

Le microscope à la main, et courbé sur les expectorations des phtisiques, il a reçu des mains du Souverain le grand crachat de l'Aigle Rouge. Il aura une dotation de l'Etat. C'est le prix de son secret.

Rien ne lui manque. Il a tout ce qu'il mérite ! Un bénéfice industriel? Oui. La gloire scientifique ? Non. Cela lui suffit.

***

Quant à ce remède, sa renommée semble compromise;

Digitized by Google

à preuve, les débats de la Société médicale des hôpitaux, à preuve les scrupules honorables d'un certain nombre de professeurs de la Faculté; à preuve, enfin, les insuccès thérapeutiques et, de plus, hélas! les accidents mortels dont le nombre se multiplie.

Cette lymphe de Koch, — j'emprunte ces judicieuses remarques à un très honorable confrère de Joigny, M. Langlois, qui fait l'honneur de m'écrire, — « n'est après tout qu'un *rébus* » thérapeutique, et je ne crois pas que mes anciens maîtres » aient été nommés au concours pour deviner les charades en- » voyées d'Allemagne. »

Oui, cher et honoré confrère, c'est bien l'avis de tous ceux qui ont dans le cœur « l'amour de notre pro- » fession et le culte de la Patrie. »

C'est pourquoi on espère encore que le Ministre auquel on demande la suspension momentanée de la loi sur les remèdes secrets en faveur des expérimentateurs, repoussera ces sollicitations. C'est pourquoi on espère aussi qu'il renverra les membres du Comité d'hygiène à leurs fonctions qui sont de prévenir les maladies et non de délibérer sur l'urgence de soumettre les malades à des tentatives thérapeutiques qui menacent parfois de devenir des attentats contre leur santé.

Et puis, voyons, avant de reconnaître officiellement, mais illégalement, les vertus de la lymphe de Koch, il serait bon de savoir si elle en a. Rien ne presse, et le patriotisme de nos ministres a mieux à faire que d'écouter ceux qui veulent prendre les malades de nos hôpitaux pour mettre à l'essai les remèdes secrets exploités par l'Etat prussien.

CH. ELOY.

INFORMATIONS

ÉTRANGER

ETATS-UNIS. — **Les débits de boissons aux Etats-Unis.** — Au 1er mai 1890, il existait en moyenne 1 débitant de boissons pour 275 habitants, soit 1 sur 150 dans l'Etat de New York; 1 sur 175 dans celui de New-Jersey; 1 sur 230 dans l'Ohio; 1 sur 400 dans la Pensylvanie et le Massachusett; 1 sur 325 dans l'Indiana; 1 sur 160 dans le Delaware; et 1 sur 75 en Californie.

La contagion de la phtisie dans les prisons.— Le bureau sanitaire de Californie sollicite l'isolement des détenus tuberculeux dans une prison spéciale. Il admet que la mortalité, si fréquente par la phtisie pulmonaire parmi les prisonniers, a pour origine la désinfection insuffisante des cellules et la contagion.

RUSSIE. — **Les journaux de médecine en Russie.** — On en compte : 51 à Saint-Pétersbourg; 15 à Moscou; 3 à Kiew; 1 à Bryansk, Vororez, Kazan, Lipetz, Novogorod, Pyatsgosk, Rigazan, Tiflis, Kartow et Chernigow. Parmi ces feuilles, 56 sont consacrées à la médecine générale, 11 à l'hygiène, 4 à l'ophtalmologie et à l'hydrologie, 2 à la psychiatrie, la chirurgie, l'obstétrique, la médecine interne, l'hydrothérapie, la pharmacie, la médecine rurale, et 1 à l'odontologie.

La Société médicale des doctoresses. — Fondée le 5 novembre dernier, cette Société est présidée par Mme Schabanowa et compte 55 membres, avec un capital de 25,000 francs. Elle a eu pour promotrice Mme Rodstwennaja-Schenjawskaja.

L'Université de Tomsk. — Bien que récemment créée, cette Université possède deux cents étudiants en médecine, dont la moitié se sont fait inscrire en novembre 1890.

NOUVELLES MILITAIRES

L'état sanitaire de l'armée française en 1888. — M. Longuet vient de publier la statistique de la morbidité et de la mortalité militaires en 1888. Ce travail, aussi remarquable et aussi intéressant que les précédents, nous apprend que l'effectif pour l'année 1888 était de 507,000 hommes présents sous les drapeaux, y compris les officiers.

Dans le courant de cette année, on a relevé le nombre de 603,000 hommes malades à la chambre, soit une morbidité de 1,430 sur 1,000 hommes présents, le maximum étant au 19e corps avec 1,803, le minimum au 8e corps avec 990. On a compté 145,000 entrées dans les infirmeries, ce qui correspond à 348 sur 1,000; c'est dans la 7e région que se trouve le maximum, et en Tunisie le minimum. Le chiffre des entrées dans les hôpitaux a atteint 100,000, soit 195 sur 1,000, le maximum étant au 19e corps avec 347, et le minimum au 1er corps avec 100 seulement.

Les mois où il y a le plus de malades sont mars, avril et mai; dans les mois de septembre, octobre et novembre, il y en a moins que dans le reste de l'année.

Au point de vue de la morbidité, les corps d'armée se classent ainsi qu'il suit :

Maximum : 3e, 7e, 11e, 18e et 19e corps, et gouvernement militaire de Paris.

Moyenne : 2e, 4e, 9e, 10e, 12e, 15e, 16e et 17e corps.

Minimum : 1er, 5e, 6e, 8e, 13e et 14e corps, et gouvernement militaire de Lyon.

Les troupes les moins éprouvées sont les sections de secrétaires d'état-major, d'ouvriers d'administration et d'infirmiers, la garde républicaine, les compagnies d'ouvriers d'artillerie et les établissements pénitentiaires. Les plus éprouvés sont : les bataillons d'infanterie légère d'Afrique, les régiments de zouaves et de chasseurs d'Afrique, les bataillons du génie et le régiment des sapeurs-pompiers de Paris.

La *mortalité* a été de 2,667 en France, 618 en Algérie et 131 en Tunisie, soit de 3,426 au total. La proportion est donc de près de 7 sur 1,000, mais elle ne dépasse que fort peu 6 pour la France, tandis qu'elle monte à plus de 10 pour l'Algérie et à près de 13 pour la Tunisie.

C'est en mars qu'il y a eu le plus grand nombre de décès, 398; et en novembre le moins grand nombre, 139.

Les prescriptions si sages et si humanitaires de M. de Freycinet n'avaient pas encore eu le temps de produire leur effet, et le nombre des décès a été aussi fort en 1888 qu'en 1887; il a même augmenté dans les troupes du 19e corps, c'est-à-dire en Algérie.

Enfin, on a constaté, en 1888, 9,325 cas de *réforme* par suite de maladies ou d'infirmités contractées au service, soit dans la proportion de 18 sur 1,000 hommes présents.

Parmi ces réformes, 8,730 n'ont comporté aucun secours ou pension pécuniaire, ce qui prouve que la cause ne pouvait en être attribuée au service militaire.

VARIÉTÉS

Un volumineux gastrolithe.— Cette concrétion a été retirée à l'autopsie; hors de l'estomac d'un grand buveur que Koozher avait soigné pour une tumeur stomacale.

Cette pierre pesait plus de 800 grammes, mesurait 8 centimètres en épaisseur et 18 en longueur, avait une coloration brunâtre et une odeur fécaloïde. Inutile de dire que l'on ignore la cause et le mode de formation de cette concrétion.

Désodorisation de la naphtaline. — Le moyen que l'on propose consiste à mélanger la naphtaline avec l'acide benzoïque du benjoin et à sublimer le mélange ainsi obtenu. Si on

Digitized by Google

ne pratique pas la sublimation, on ne peut obtenir un tel résultat.

La stachyose : sucre du « stachys tuberosa ». — Les tubercules de ce végétal ont été recommandés pour l'alimentation des diabétiques, parce que, disait-on, l'un tenait de l'inulne et que les hydrates de carbone levogyres sont inoffensifs pour ces malades. C'était une erreur.

MM. Schultze et Planta viennent d'y découvrir un composé hydrocarboné dextrogyre : la stachyose, facilement décomposable en glucose et galactose. Voilà donc un aliment qui devait faire merveille et qui a perdu dorénavant tout mérite.

Un succédané du tabac. — Cette fois, il paraît que c'est sérieux. Un grand journal de médecine anglais l'annonce gravement. Ce succédané vient d'Australie. Il y a quelque temps, il était l'objet des chaleureuses recommandations des thérapeutistes en quête de remèdes nouveaux Ce sont les feuilles de la « Duboisia Hipwoodii », plante australienne. Ses feuilles contiennent la piturine, alcaloïde qui n'est pas, dit-on, sans analogie avec la nicotine. Fumées à la manière du tabac, elles peuvent, paraît-il, le remplacer. Plus de nicotinisation, mais la piturinisation! Cette substitution serait-elle de nature à satisfaire les membres de la Ligue contre l'abus du tabac ?

Nettoyage des filtres de porcelaine. — Pour nettoyer les filtres en porcelaine, il faut démonter le filtre, enlever les bougies, les brosser fortement et les plonger pendant une heure dans un mélange de cinq parties d'eau ordinaire et d'une partie d'acide chlorhydrique du commerce. Cela fait, on le rince à l'eau pure, on revisse l'appareil et on laisse perdre le premier litre d'eau qui y passe.

Cette opération doit se renouveler tous les mois au moins, mais il faut y revenir beaucoup plus souvent quand on a affaire à des eaux plus bourbeuses. C'est ainsi qu'à Cherbourg, on est contraint de les nettoyer deux fois par semaine, sous peine de voir le débit s'arrêter, tant la couche de boue noirâtre déposée sur leurs parois s'épaissit rapidement.

Une loi contre les fumeurs de cigarettes. — Le Conseil municipal de New-York vient d'envoyer des instructions au chef de la police, lui enjoignant de faire exécuter la loi d'Etat contre les jeunes fumeurs de cigarettes, qui entrera en vigueur le 1er septembre.

Voici la résolution que le Conseil municipal de New-York vient d'adopter :

« Attendu que l'habitude, contractée par de jeunes enfants, de fumer des cigarettes sur les plates-formes des tramways, dans les rues, les avenues et les divers endroits publics, est devenu un fléau intolérable ;

» Attendu que plusieurs médecins se sont prononcés contre l'abus de la cigarette, déclarant que l'usage du tabac sous cette forme porte atteinte à la constitution physique de milliers d'enfants dans cette ville et ailleurs ;

» Attendu que la législature de l'Etat a voté la loi suivante : « Aucun enfant se trouvant réellement ou apparemment au-dessous de l'âge de seize ans ne pourra fumer ni faire usage de cigares ou de tabac, sous quelque forme que ce soit, dans les rues ou dans n'importe quel endroit public » ;

» Attendu que toute contravention à cette loi est un délit punissable de 2 à 10 dollars, et qu'elle doit entrer en vigueur le 1er septembre 1890, il est résolu que copie de la présente résolution sera transmise aux commissaires de police avec la requête de donner des instructions aux policemen afin qu'ils mettent la loi en vigueur en arrêtant tout mineur de seize ans qu'ils surprendront fumant des cigarettes ou du tabac dans les rues ou un endroit public ».

Une statistique obstétricale. — Elle a été fournie par M. Playfair au dernier Congrès de l'Association médicale britannique et démontre les tendances des accoucheurs contemporains à intervenir durant le travail.

A l'hôpital de la Rotunda (de Dublin), on a compté 21.867 accouchements et un seul cas d'application de forceps de 1814 à 1821. Pendant la période écoulée entre 1826 et 1833, il y a eu 16.654 accouchements, 118 craniotomies et 27 applications de forceps. En 1889, ce dernier instrument a été employé dans le rapport de 1 fois sur 19 accouchements.

Mouvement de la population française en 1889. — Il y a eu, d'après le dépouillement des registres de l'état-civil, 272,934 mariages, 4,678 divorces, 880,579 naissances et 794,933 décès.. En 1888, il avait été enregistré 276.848 mariages, 4,708 divorces, 882,639 naissances et 837,867 décès.

L'année 1889, comparée à la précédente, accuse donc une différence en moins de 3,914 mariages, 30 divorces, 2.060 naissances et 42,934 décès. Pour apprécier la valeur de ces diminutions, il importe de les rapprocher des diminutions similaires constatées entre les deux années précédentes, 1888 et 1887. A ce point de vue, deux faits importants doivent être notés : le premier, c'est qu'alors que l'année 1888 perdait 16,794 naissances sur 1887, l'année 1889 ne perd plus que 2,070 naissances sur 1888 ; le second, c'est que la diminution des décès de 1888, qui n'était que de 4,930, a été de 42.934 en 1889. Par suite, l'excédent des naissances sur les décès est passé du chiffre de 44,772 en 1888, à 85,646 en 1889, présentant ainsi, d'une année sur l'autre, une plus-value de population de 40,874 unités. Il faut remonter à l'année 1885 pour trouver un excédent de naissances (87,661) sur les décès aussi favorables qu'en 1889. Le résultat de 1889 serait satisfaisant s'il n'était pas dû à une diminution du chiffre des décès.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Chavane (de Mirecourt), Dumarest (de Hauteville) et Coppinger (de Bordeaux).

En Allemagne : M. le Dr Coccius, professeur d'ophtalmologie à la Faculté de Leipsig.

Aux Etats-Unis : M. le Dr Richard Lewis, professeur de chirurgie à Jefferson médical Collège de Philadelphie.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Phocas. — Adeno-phlegmon du cou (*Bulletin médical du Nord*, 23 mars 1890).

Polk. — Gastro-colostomie (*The N.-Y. med. Record*, 23 août 1890).

Schulten (W.) — De l'empyème de l'autre d'Hygmore (*Finska Lakares Handlingor*, juin 1890, p. 373).

THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE

Mary (F.-B.) — Applications thérapeutiques de la naphtaline (*Boletin de médecine de Chile*, février 1890).

Pane (N.) — Sur les conditions qui modifient le pouvoir désinfectant de certaines substances (*Rivista clinica et therapeutica*, août 1890, p. 393).

Pereira Rego Fillio. — Etude sur la coca et la cocaine (*Gazeta medica de Bahia*, mai 1890).

Van Arsdale. — De l'action de la pyoctanine comme antiseptique (*The N.-Y. med. journal*, 28 août 1890).

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

Digitized by Google

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

QUATRIÈME ANNÉE N° 51 17 DÉCEMBRE 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE
JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, CHAPUT, DEMELIN, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWALTZ.

AVIS

Prime à nos abonnés. — Vers le 15 décembre prochain paraîtra, à l'intention de nos abonnés *anciens* et *nouveaux*, un volume de plus de 400 pages (cartonné, format in-18), ayant pour titre :

LES MEMENTOS THÉRAPEUTIQUES DES PRATICIENS

Ce volume, indispensable au praticien, dont il sera le *vade mecum*, est rédigé par des médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux de Paris. Il contient, de plus, un **formulaire raisonné**, et répond au programme que la REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE poursuit plus que jamais :

De la pratique, encore de la pratique, et toujours de la pratique.

Prix du volume : **5 francs.**

Prix de faveur, *pour nos abonnés anciens et nouveaux* : **2 fr. 50**, livré dans nos bureaux ; et, franco de frais de port et d'expédition 3 fr. 25.

Dès à présent, l'administration du journal accepte et sert les abonnements partant du 1er janvier 1891.

Elle prie MM. les souscripteurs, dont l'abonnement expire le 31 décembre prochain, de vouloir bien lui faire parvenir, par mandat-poste, le renouvellement de leur abonnement.

REVUE GÉNÉRALE

MÉDECINE

Déformations des doigts de cause générale

Les déformations que bon nombre d'affections généralisées font subir aux doigts sont aussi intéressantes à connaître, que les modifications de forme et d'attitude imprimées à la main par les atrophies musculaires et par les contractures. Si la griffe cubitale, la main squelettique de l'atrophie musculaire progressive, sont caractéristiques, si la forme conique que prend la main sous l'influence de la tétanie suffit à faire reconnaître cette espèce de contracture, nous verrons que certaines déformations des doigts ne sont pas moins spéciales et que leur constatation permet à elle seule d'affirmer l'existence de telle diathèse ou de reconnaître telle lésion viscérale.

Tous ces signes, auxquels on peut joindre les tremblements et les autres troubles du mouvement plus nettement appréciables à la main que partout ailleurs, sont faciles à reconnaître dès le début d'un examen et peuvent guider le clinicien dans ses investigations. Leur ensemble forme un sujet de sémeiotique important et l'on a dit avec raison que les altérations pathologiques de la main présentent le même intérêt pour les praticiens que les déformations professionnelles pour le médecin légiste.

Ces déformations proprement dites des doigts sont multiples dans leurs aspects comme dans leurs origines. Nous devons donc chercher à déterminer pour chaque groupe les caractères distinctifs qui peuvent permettre de les rattacher à la maladie causale.

Et d'abord, parmi ces déformations, les unes, les plus accusées, modifient considérablement la forme des phalanges, leur donnent un aspect contourné et difforme, les entraînent et les fixent dans des directions vicieuses, gênant notablement ou même supprimant totalement leurs mouvements. Les autres conservent la forme générale et la direction du doigt, elles se localisent sur tel ou tel segment osseux, quelquefois même sur une extrémité seulement et produisent alors une difformité toute locale. Dans le second groupe, les altérations évoluent le plus souvent sans douleur notable et n'apportent aucune gêne dans les mouvements, c'est ce qui explique qu'elles aient moins attiré l'attention et que certaines même n'aient été bien décrites et rapportées à leur véritable cause que dans ces dernières années.

Pendant longtemps on a rattaché à la *goutte* tous les cas dans lesquels les doigts étaient noués et retournés en divers sens ; c'est qu'en effet les déformations de la goutte sont très remarquables par l'intensité des désordres, qu'elles peuvent amener.

Ce qui frappe, en examinant la main d'un goutteux, c'est l'irrégularité des lésions qui peuvent respecter un doigt, alors qu'elles altèrent profondément le voisin ; on ne peut retrouver aucun ordre dans la déviation des phalanges qui se déjettent, se raccourcissent et se nouent irrégulièrement. Les jointures atteintes sont volumineuses, bosselées, elles présentent des saillies dures, irrégulièrement polygonales plutôt qu'arrondies et pouvant acquérir un volume considérable. Ce n'est pas sur l'interligne lui-même, mais bien au voisinage des surfaces articulaires que siègent ces nodosités ; elles s'implantent tantôt sur l'os même, tantôt sur les tendons et les parties fibreuses, quelquefois même elles se développent dans le tissu cellulaire ; aussi présentent-elles souvent une certaine mobilité latérale, caractère qui, lorsqu'il existe, est pathognomonique. Enfin au bout d'un certain temps la peau qui recouvre les tophus peut s'ulcérer et il se forme un trajet fistuleux donnant issue

Digitized by Google

à une matière cretacée. Cette « gravelle de la peau » est tout à fait caractéristique, parfois elle est plus marquée dans la paume de la main que sur les doigts et Trousseau cite le cas d'une dame qui avait les plis de la paume des deux mains marqués de raies blanches comme les mains d'un individu qui aurait longtemps gâché du plâtre.

Le *rhumatisme noueux* produit, lui aussi, des déformations considérables, mais beaucoup plus régulières que celles de la goutte. D'abord, presque toutes les jointures sont atteintes d'une façon plus ou moins intense ; de plus, les lésions, au début au moins, se localisent à l'interligne et les jointures forment comme autant de nœuds bosselés par les ostéophytes ou même régulièrement fusiformes qui contrastent avec le corps des phalanges ayant gardé la forme régulière.

Au bout d'un certain temps les altérations osseuses amènent des subluxations, les jointures se fixent dans ces fausses positions et c'est à peine si l'on peut y produire une petite oscillation accompagnée de craquements. Ces subluxation se font presque toujours dans la même direction par toutes les jointures homologues, aussi l'ensemble de ces déformations présente-t-il toujours une certaine régularité qui a permis de décrire des types assez precis. Presque toujours la main se fixe dans la pronation, les doigts se dévient vers le bord cubital et se contournent en des sens différents, mais le plus souvent le même pour tous les doigts, tantôt ils s'enroulent sur eux-mêmes, tantôt se retournent en z ; plus rarement ils restent rigides comme des baguettes.

L'altération des tissus périarticulaires est aussi beaucoup plus régulièrement répartie que dans la goutte et la peau elle-même s'altère dans toute l'étendue des doigts; amincie, lisse, luisante, elle est collée sur les os au point que tout pli articulaire s'efface.

Enfin la marche est beaucoup plus progressive. Contrairement à ce qui a lieu pour la goutte, la rétrocession des lésions est tout à fait exceptionnelle et les doigts se déforment de plus en plus ; soit d'une façon continue, soit par poussées successives de la maladie qui conduisent à l'envahissement, échelon par échelon, des autres jointures des membres.

Ces déformations des doigts constituent, dit Besnier, les phénomènes les plus caractéristiques du rhumatisme noueux en même temps que les plus fixes et les plus réguliers dans leur évolution. Il est donc interessant de savoir les distinguer de celles que produit la goutte et nous avons vu que cela était le plus souvent possible. Mais il est une autre forme de rhumatisme chronique, rare d'ailleurs, qui simule de beaucoup plus près le rhumatisme noueux c'est le *rhumatisme fibreux*. L'aspect général de la main est le même, le poignet est en pronation, les phalanges le plus souvent rectilignes se dévient également vers le bord cubital, la peau présente les altérations que nous avons déjà mentionnées ; mais le pouce reste intact et de plus on reconnaît que les têtes articulaires déviées ne sont pas tuméfiées et conservent leur forme normale ; enfin dans les tentatives de redressement des doigts on fait saillir des brides fibreuses irrégulièrement épaissies qui ne sont que les expansions de l'aponévrose palmaire et les ligaments périarticulaires sclérosés et adhérents à la peau. Bien que la paume de la main soit bridée et les premières phalanges demi-fléchies, on ne confondra pas le rhumatisme fibreux avec la *rétraction de l'aponévrose palmaire*, maladie fréquente chez le rhumatisant, car dans celle-ci outre que la consistance grenue de l'aponévrose fusionnée avec la peau est des plus manifestes, la localisation des lésions est plus précise; les deux ou trois derniers doigts sont en général seuls atteints, les premières phalanges sont fortement fléchies, les secondes peu modifiées et les phalangettes complètement indemnes.

Une autre affection présente également des analogies avec le rhumatisme fibreux et a même été rattachée par certains auteurs au groupe des maladies rhumatismales, c'est la *sclérodactylie*; elle amène, elle aussi, des déformations des phalanges, surtout des premières qui se portent en demi-flexion. Les lésions cutanées y sont encore bien plus marquées que dans le rhumatisme, à tel point que la peau collée aux os et privée à la fois de sa mobilité et de son élasticité peut éclater dans les mouvements forcés. Le squelette est pris secondairement dans cette forme de sclérodermie; les phalanges s'ankylosent et peuvent même présenter une diminution de longueur par suite de la résorption des couches osseuses. La prédominance des altérations cutanées, accompagnées le plus souvent de troubles vasomoteurs (cyanose ou anémie locale) et de troubles trophiques (éruptions bulleuses, panaris nerveux), l'absence de déviation des doigts sur le bord cubital feront reconnaître la scléro-dactylie. On pourra d'ailleurs le plus souvent retrouver des lésions analogues sur d'autres points du corps, soit sous forme de sclérodermie de la face, soit plus rarement sous forme de bandes de morphée.

Le rhumatisme ne produit pas toujours des lésions aussi complexes que celles que nous avons étudiées jusqu'ici et nous retrouvons encore son influence dans un autre groupe de déformation, les *déformations localisées*. Celles-ci n'atteignent pas toute l'étendue du doigt, mais modifient seulement une phalange, parfois même une extrémité osseuse. Les parties molles périarticulaires gardent dans ces cas leur intégrité presque complète; aussi les mouvements sont-ils à peine modifiés. Les *nodosités rhumatismales d'Heberdern* sont le type de ces déformations localisées. Elles sont caractérisées par un élargissement transversal de la dernière articulation des doigts, n'atteignent que par exception les autres jointures et toujours à un degré beaucoup moindre. L'élargissement de l'articulation est constitué par deux petits tubercules pisiformes placés symétriquement sur les parties dorsales de la tête de la phalangine au niveau de l'insertion des ligaments latéraux ; quelquefois les saillies sont suffisantes pour dévier le doigt et empêcher son extension complète, mais il reste toujours des mouvements assez étendus de la jointure. Ces nodosités se développent tantôt d'une façon régulièrement progressive, tantôt par petites poussées ; elle peuvent alors être passagèrement douloureuses. Les nodosités d'Heberdern sont suffisantes pour révéler le rhumatisme et coïn-

Digitized by Google

cident souvent avec du rhumatisme chronique d'une autre articulation.

Les articulations phalango-phalanginiennes peuvent aussi présenter une déformation assez analogue à la précédente, mais ayant une signification très différente. En 1884, M. Bouchard signalait la relation qui existe fréquemment (25 0/0) entre la dilatation de l'estomac et la production d'un gonflement des deuxièmes articulations des doigts et montrait que ce signe pouvait mettre sur la voie d'une dilatation lateste. Les *nodosités de Bouchard* se reconnaissent facilement à simple vue lorsqu'elles sont assez développées; en tout cas, en explorant les faces latérales des doigts on sent au niveau de l'articulation un renflement régulier du squelette sans modification aucune de la peau. Les surfaces articulaires sont plus saillantes et plus larges, l'extrémité de la phalangine surtout est hypertrophiée et parfois dans la flexion on voit s'y dessiner un petit tubercule médian qui soulève la peau. Les éléments de la jointure ne sont nullement altérés, il n'y a pas apparence d'arthrite. Ces déformations sont presque constamment indolentes et n'acquièrent jamais un volume considérable, aussi n'ont-elles qu'une valeur diagnostique.

D'autres déformations respectent les extrémités articulaires et atteignent le corps même des phalanges; elles peuvent être très considérables, c'est ainsi que dans la tuberculose osseuse (*spina ventosa*) le doigt prend un aspect tout spécial: globuleux à sa racine il va ensuite en s'effilant ce qui a fait comparer sa forme à celle d'un radis. La peau ne tarde pas à contracter des adhérences avec l'os, à rougir et même à sulcérer pour livrer ensuite passage à des sequestres.

Ces phénomènes inflammatoires permettent de séparer facilement cette affection des tumeurs proprement dites et en particulier des chondromes qui sont les néoplasmes les plus fréquents de cette région. Il est plus difficile de distinguer cette osteite de la *dactylite syphilitique* appelée aussi *faux spina ventosa*; on y constate également des hyperostoses irrégulières, mais la peau a beaucoup moins de tendances à s'ulcérer; de plus, au bout d'un certain temps, on peut voir les portions osseuses atteintes s'atrophier et parfois même la première phalange disparaître presque complètement; le doigt est alors raccourci et informe, les divers segments semblent être rentrés les uns dans les autres comme les pièces d'une lorgnette suivant la comparaison de Méricamp.

Chez les tuberculeux arrivés à la période de phthisie on peut constater une autre variété de déformation très différente de la précédente par ses petites proportions d'abord et surtout par l'absence de lésions tuberculeuses locales, c'est la déformation connue de tout temps sous le nom de *doigt hippocratique*. La dernière phalange se renfle en massue, sa base surtout est très épaissie et soulève la racine de l'ongle; ce dernier gardant ses dimensions normales s'incurve fortement dans sa longueur au point que son extrémité libre vient presque gagner le plan de la pulpe du doigt.

Dans la *cyanose* l'altération est la même, mais l'ongle présente une teinte violacée ou même noirâtre caractéristique.

On peut également rapprocher du doigt hippocratique une autre déformation qu'on observe quelquefois chez des malades atteints d'affections chroniques des voies respiratoires. Elle se caractérise par un allongement de la phalangette, qui est renflée en baguette de tambour et porte un ongle énorme. Le plus souvent la jointure correspondante est tuméfiée et ankylosée. Marie a donné à cette déformation le nom *d'ostéoarthropathie hypertrophique pneumogene* qui rend bien compte de ces altérations complexes.

Le *rachitisme* peut aussi modifier la dernière phalange des doigts, l'os est raccourci et l'ongle diminué de longueur, ce qui le fait paraître plus large.

Chez les *ostéomalaciques* les lésions sont plus accusées, elles semblent se produire sous l'influence des pressions mécaniques que le malade exerce en s'appuyant sur l'extrémité des doigts pour se soutenir. La phalangette est aplatie d'avant en arrière, ce qui lui donne un aspect tout particulier.

Il ne nous reste plus maintenant à étudier qu'une déformation très particulière des doigts, qui ne ressemble à aucune de celles que nous avons vues jusqu'ici; nous voulons parler de la déformation digitale de l'*acromégalie*, si bien décrite par Marie en 1885 (1).

Dans l'*acromégalie* qui se développe sans cause appréciable, sans douleur chez des sujets encore jeunes, les mains et les pieds prennent un développement exagéré, les extrémités des membres augmentent dans tous leurs diamètres et deviennent disproportionnées avec les autres segments, qui restent normaux; mais, contrairement à ce qui existe dans la macrodactylie et le gigantisme partiel, l'accroissement ne porte pas également sur les divers diamètres, l'élargissement l'emporte de beaucoup sur l'allongement, ce qui donne à la main un aspect camard qui rappelle celui qu'elle prend quand on la voit plongée dans l'eau perpendiculairement à la surface. Sur les doigts, qui nous occupent spécialement, l'épaississement est très frappant, la circonférence atteignait 8 c. 2 dans un cas cité par Marie, 10 et 12 cm. sur un malade observé par Souza-Leite; l'allongement est au contraire peu apparent, ce qui fait que chaque phalange paraît à peu près cubique. Les trois phalanges sont atteintes également, la dernière n'est donc pas renflée comme dans le doigt hippocratique et l'ongle est court et très large. Les jointures ne présentent aucune saillie comparable aux nodosités que nous avons étudiées précédemment, le doigt garde au contraire un contour à peu près rectiligne.

C'est donc une déformation entièrement généralisée, qui se distingue à première vue par son uniformité absolue, que ne vient détruire aucune saillie partielle et surtout par la persistance de la consistance normale car l'hypertrophie porte également sur les parties molles et les os, fait plus évident encore sur la paume de la main. Les articulations conservent leur intégrité, sans doute ces doigts grossiers sont devenus malhabiles aux exercices minutieux, mais les mouvements gardent toute leur étendue.

(1) Voir *Revue générale de clinique et de thérapeutique*: 22 oct. 1890, De l'acromégalie.

Digitized by Google

Telles sont les principales altérations que les maladies généralisées peuvent produire sur les doigts. Il faudra souvent un examen attentif pour les distinguer les unes des autres; on devra, pour arriver à la connaissance de la nature exacte d'une lésion donnée, tenir compte de son extension à toute l'étendue du doigt ou de leur localisation en un point précis; rechercher attentivement le degré de mobilité et l'élasticité de la peau, le volume des os, la forme des surfaces articulaires, la souplesse des ligaments et des parties fibreuses, en somme, examiner successivement tous les tissus qui composent le doigt en portant surtout toute son attention sur les points où les lésions moins avancées permettent plus facilement de reconstituer le processus morbide.

Dr Merigot de Treigny.

REVUE DE PHARMACOLOGIE

I. *Salicylate de soude et chloral : inconvénients de leur association.* — II. *Antagonisme du chloral et de l'antipyrine.* — III. *Une préparation extemporanée de pancréatine.*

I. **Salicylate de soude et chloral : inconvénients de leur association.** — La pharmacologie, d'après les définitions classiques, est cette partie de la matière médicale qui fait connaître les médicaments dans leurs rapports avec la thérapeutique. Elle fournit donc des notions d'intérêt pratique pour le clinicien et surtout, quand il s'agit de remèdes nouveaux, de leur association, de leur incompatibilité ou de leur préparation.

En voici la preuve. On a essayé de prescrire le chloral avec le salicylate de soude. C'est une erreur; car mises en présence, le fait a été signalé par les chimistes, ces deux substances se liquéfient. Voilà donc un fait physico-chimique dont il y a lieu de tenir compte avant d'associer ces deux substances dans une même préparation.

II. **Antagonisme du chloral et de l'antipyrine.** — Cette action réciproque de deux médicaments actifs l'un sur l'autre a été étudiée par M. Reuter, au moyen d'un mélange d'antipyrine et de chloral.

En février 1890, dans la *Pharmaceutische Post*, il donnait la description d'un liquide huileux obtenu en mettant ces deux substances en présence l'une de l'autre. Ce liquide, après un certain temps, déposait, ajoutait-il, des cristaux solubles dans l'alcool, le chloroforme, l'éther et l'eau bouillante, résistant aux réactifs et, somme toute, ayant l'apparence d'un produit nettement défini.

Déjà Ch. Jose Bove (de San José, Uruguay) avait conseillé l'essai thérapeutique de ce produit. On l'administra donc aux animaux; mais ceux-ci n'accusèrent ni les phénomènes physiologiques, ni les accidents toxiques consécutifs à l'administration du chloral ou à celle de l'antipyrine. Il fallait donc, avec M. Reuter, conclure à l'antagonisme du chloral et de l'antipyrine, et, de plus, à l'erreur de ceux qui les associent dans une même préparation pharmaceutique.

Le trichloraldehydiphenylimethylpyrazolon, ou plus brièvement l'hypnal, serait-il donc un corps neutre au point de vue physiologique? Non, de l'avis de quelques thérapeutistes qui n'hésitent point à lui attribuer des propriétés analogues à celles du chloral et l'avantage de ne posséder ni la saveur, ni la causticité de ce dernier. Ils affirment même que sous cette forme il est avantageux et commode de prescrire l'hypnal au malade. Bref, qu'est l'hypnal? A leur avis, c'est, en raison de ses effets physiologiques et thérapeutiques, du chloral moins ses inconvénients.

En vérité, il y a contradiction dans les affirmations des observateurs. On a donc essayé de les mettre d'accord et on a dit : l'hypnal de ceux-ci n'est point le chloral antipyrine de ceux-là. Eh bien, il semble que, si le doute est parfois le commencement de la sagesse, ici il paraît être de prudence. Il convient donc d'attendre avant de prescrire en toute hâte un nouveau remède et dans les formules d'éviter le mélange de l'antipyrine avec le chloral, si on veut éviter des inconvénients dont le moindre serait d'ordonner une préparation, sinon nuisible, du moins inactive.

III. **Une préparation extemporanée de pancréatine.** — Ici, il ne s'agit pas d'associations ou d'incompatibilités médicamenteuses, mais de la possibilité d'appliquer à la thérapeutique une préparation dont les physiologistes ont depuis longtemps, si je ne me trompe, fait usage dans leurs expériences.

La pancréatine officinale est une des spécialités les plus heureuses de la pharmacie contemporaine. Souvent cependant on ne peut se la procurer. Que faire alors pour la remplacer? M. Bouveret (de Lyon) a utilisé, dans ce but, l'infusion de pancréas.

La préparation en est aisée : on prend le pancréas frais du porc, on enlève toute la graisse qui l'environne et on le hache en pulpe fine.

Cette pulpe est mélangée avec le double de son poids d'eau à la température de 55 degrés; la digestion est prolongée pendant 35 minutes environ; on filtre, et on obtient un liquide limpide que l'on administre à la dose d'une verrée ou d'une demi-verrée à Bordeaux, après chacun des deux repas principaux.

Cette infusion est une préparation pancréatique extemporanée. Elle ne se conserve point. A ce point de vue, elle est donc bien inférieure aux pilules et aux sirops de pancréatine.

Elle répond cependant aux mêmes indications thérapeutiques : les dyspepsies par atonie gastrique, les dyspepsies intestinales et les dyspepsies des convalescents. Enfin, autre analogie, il y a incompatibilité entre elle et les substances alcooliques. On ne doit donc pas l'administrer en association avec ces dernières.

N. P.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

Uranoplastie par rotation de la cloison nasale, par M. Sabatier. — Ce procédé consiste à combler les brèches palatines unilatérales par la cloison nasale prise en masse. Voici comment l'auteur a exécuté cette opération. (*Province Méd. Oct*, 1890).

Chez une jeune fille, née avec une *gueule de loup*, les divi-

Digitized by Google

sions de la lèvre supérieure et du voile du palais avaient été réunies dans deux séances antérieures. Il restait à combler la perte de substance osseuse de la voûte palatine. La cloison nasale adhérait à l'apophise palatine droite, la malformation portait donc principalement sur le côté gauche.

Après application de chlorhydrate de cocaïne au 1/10, il détacha au ciseau et au maillet la cloison nasale de son insertion crânienne. Par une section verticale il la libéra en avant de ses attaches au nez. Il s'agissait de la rabattre autour de l'apophyse palatine droite, par laquelle elle adhérait au reste du squelette. Avec le doigt introduit dans la fosse nasale droite et appuyant sur la cloison, il l'inclina horizontalement vers la gauche, mais elle se fractura d'avant en arrière à cinq millimètres au-dessus de la suture palatine. Cet accident fit renoncer le chirurgien à son plan opératoire, car son exécution eût déterminé une encoche disgracieuse dans la voûte palatine. La cloison fut réintégrée dans sa position normale ; mais en décolant la muqueuse, et en la fixant par trois sutures métalliques au bord gauche de la fente. Ce lambeau fermait la partie médiane de la division. En avant et en arrière persistaient deux orifices que le chirurgien se réservait d'opérer plus tard. Opéré le 14 mai, la malade était guérie le 20. H. M.

Ostéomyélite traumatique à foyers multiples, par M. Phocas.— L'auteur déclare que l'ostéomyélite est une inflammation du tissu osseux déterminée par la pénétration d'un microbe dans les os. Le staphyloscoccus pyogènes aureus a été longtemps regardé comme le seul agent spécifique de cette maladie. Les recherches nouvelles de Lannelongue et Achard ont démontré que plusieurs espèces de microbes sont capables de produire l'ostéomyélite infectieuse : le staphylocoque blanc ou orangé, le bacille typhique, le pneumocoque. A la pluralité de ces microbes correspond la pluralité des types cliniques, il n'y a donc pas une, mais des osteomylites. (*Bull méd. du Nord*, sept. 1890.

De là, leurs diverses variétés : fièvre de croissance, osteomylite aiguë, ostéomyélite chronique d'emblée, osteomyélite traumatique prolongée..... M. Phocas rapporte un exemple de cette dernière. Un enfant de deux ans entre au mois de janvier dans son service. Huit mois avant il était tombé sur la jambe mais avait pu continuer à marcher. Cependant après quatre semaines il présentait une légère claudication; des douleurs reparaissaient dans le point contusionné qui devient le siège d'un abcès. Un second abcès se développait à l'extrémité supérieure de l'humérus gauche. Ces abcès donnèrent lieu à une suppuration interminable, malgré un évidement ultérieur du tibia La cicatrisation fut vainement tentée pendant un mois à l'aide d'un pansement iodoformé. M. Phocas dut pratiquer l'opération. Après avoir enlevé les fongosités et quelques parcelles d'os spongieux, il arriva dans le canal médullaire d'où il put extraire un sequestre mobile, long de quatre centimètres se moulant sur la diaphyse du tibia. Autour de ce sequestre, l'os est hypérostosé, atteint d'osteite condensante. Une fistule traverse ce tissu observé et s'étend du canal medullaire à la face postérieure de la jambe. Après avoir nettoyé le foyer, enlevé toutes les fongosités, M. Phocas fit un pansement iodoformé ; six semaines après, l'enfant était complètement guéri sans fistule.

Cette observation est un exemple d'osteomyelite traumatique chronique d'emblée, avec colonisation lente du microbe pathogène, nécrose du tissu osseux, puis formation d'un os nouveau, suppuration qui n'aurait pas guéri sans l'intervention.

H. M.

DERMATOLOGIE

Du traitement du lupus par l'iodoforme, par M. H. O'Neill. — Dans trois cas de lupus du nez, du visage et du bras, notre confrère irlandais a fait usage du traitement suivant et obtenu des guérisons :

1° Localement, scarification du tissu lupeux avec un bistouri, et pendant l'anesthésie chloroformique; le lendemain, pansement des plaies avec la pommade suivante :

Iodoforme	1 partie
Huile d'olives	3 parties
Lanoline.	4 parties

2° Comme traitement général, régime lacté, œufs, viandes fraiches, huile de foie de morue et séjour aussi prolongé que possible au grand air. S. R.

Traitement de la furonculose, par M. Hofrat. — Il consiste à traiter les cas où la maladie est généralisée par des bains de sublimé. Si les furoncles sont localisés, on pratique quotidiennement à leur surface trois onctions avec la pommade suivante (*Monat. f. prakt. Dermat.*, n° 8, 1890) :

Oxyde de zinc	25 grammes
Acide borique	2 —
Vaseline	50 —

M. Hofrat recommande la médication classique par les cataplasmes pour combattre les larges furoncles. S. R.

THÉRAPEUTIQUE

De la suspension dans le tabes, par MM. Danillo et Prychouski. — Il s'agit d'une série de seize cas de tabes traités par cette méthode. (*Vrat.* 1890, n°s 25 à 27.)

Les douleurs dans ces cas furent diminuées et même disparurent après la suspension. Amélioration de la marche, de la miction, et même, dans sept cas, retour de la puissance génitale. L'amélioration des autres troubles fonctionnels fut temporaire. Chez deux malades seulement, elle persista.

S. R.

Injections sous-cutanées d'eau salée dans l'anémie aiguë, par M. E. Frank. — Il s'agit d'hémorragie puerpérale et d'hémorragie péritonéale après l'ovariotomie, dans lesquelles les injections sous cutanées d'une solution aqueuse à 0,6 0/0 de chlorure de sodium donnèrent un résultat favorable. Ce n'est pas, du reste, seulement après les hémorragies abondantes, métrorragies, hémoptysies, hématemèse (von Jaksch), etc., que ce traitement semble utile, mais encore dans les empoisonnements, comme ceux par l'oxyde de carbone, les auto-intoxications, comme l'urémie ; dans ce cas, on fait d'abord une saignée ou l'on met des sangsues. (*Wiener med. Wochen.*, nov. 1890.)

Dans le choléra asiatique, dans le choléra infantile (Weiss), les injections d'eau salée sont à recommander.

On avait d'abord proposé les injections intra-veineuses, d'une exécution difficile dans la pratique journalière. L'usage des injections sous-cutanées en facilitera la vulgarisation.

Le liquide employé est une solution à 0,6 0/0 de chlorure de sodium, soit seul, soit mêlé aux autres sels du sérum dans les proportions où ils existent dans ce milieu. Cette solution, faite à chaud, doit être maintenue rigoureusement aseptique et chauffée entre 37° à 38° au moment de l'emploi.

Pour faire l'injection, on choisit une région à tissu cellulaire lâche (ventre, dos) qu'on nettoie et qu'on désinfecte scrupuleusement par un savonnage, puis un lavage avec friction au sublimé à 1 0/00 ou à l'acide phénique au 40°, sans essuyer après. La seringue, désinfectée au préalable, doit avoir une certaine capacité, puisqu'on n'injecte pas moins de 400 grammes et qu'on va jusqu'à un litre. Ces injections sont répétées au besoin. Il faut peu de temps pour que la résorption ait lieu.

H. G.

Digitized by Google

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

OBSTÉTRIQUE

Manuel opératoire de l'opération césarienne[1]

IV. *Incision de l'utérus.* — La crainte de voir une hémorragie survenir pendant ou après l'incision de l'utérus a longtemps obsédé et obsède encore la plupart des opérateurs. Pour prévenir cette grave complication, on a donné le conseil de placer autour du col utérin un tube élastique qu'on se tiendrait prêt à serrer si une hémorragie venait à se produire, et quelques opérateurs pensent même qu'il est sage de pratiquer une forte constriction avant d'inciser la paroi.

Je ne saurais recommander ce procédé ; sans doute, il est facile de glisser un tube à drainage derrière l'utérus, quand cet organe a été tiré en entier hors de l'abdomen. Mais cette pratique, conseillée par Beumer, n'est pas sans inconvénient; elle rend nécessaire une plus grande incision de la paroi abdominale, ce qui est toujours chose désavantageuse ; d'autre part, il est difficile de mettre en place le tube élastique, quand l'utérus reste dans la cavité abdominale. Enfin, on ne doit pas oublier que les hémorragies sont beaucoup moins fréquentes qu'on ne le dit, si l'opération est bien conduite, et il n'est pas nécessaire de compliquer comme à plaisir le manuel opératoire pour éviter un danger contre lequel on pourra utilement lutter, quand il se produira, par les moyens que nous indiquerons plus loin.

Le siège de l'incision utérine doit être bien précisé : on sectionnera la paroi de cet organe sur la ligne médiane et sur un point élevé ; ce n'est pas sans raisons que nous donnons ce double précepte.

1° Si on fait l'incision sur les parties latérales, on a plus de chances de rencontrer de gros vaisseaux, et l'hémostase risquera d'être moins facile. Aussi ne doit-on pas oublier de rectifier, s'il en est besoin, la position de l'utérus. A ce sujet, on se souviendra que l'utérus n'est pas toujours incliné à droite, et que, pour apprécier exactement la situation de cet organe, il faut connaître le degré d'extension du segment inférieur, bien savoir s'il est distendu également ou non dans toutes ses parties, ou s'il n'est pas déformé par des tumeurs; reconnaître si la paroi du corps utérin n'est pas plus amincie d'un côté que de l'autre, d'où une inclinaison plus apparente que réelle ; s'assurer enfin, par la situation des ligaments ronds, s'il y a torsion de l'utérus sur son axe et du degré de celle-ci ; et comme on est parfois conduit à pratiquer l'opération césarienne chez des femmes dont la cavité abdominale est singulièrement rétrécie par les déformations du squelette, on recherchera le degré d'anteversion, de latéroversion de l'utérus. Avec toutes ces données, on pourra exactement juger de la situation que l'on doit donner à l'incision utérine.

2° Il faut que l'incision soit *élevée*. Les raisons de ce précepte sont toutes spéciales. Si on étudie les rapports de la séreuse péritonéale avec les couches musculaires d'un utérus pendant la gestation ou pendant le travail, on voit que sur la partie de la face antérieure qui va du repli vésico-utérin au fond de l'utérus, on peut distinguer deux parties : une supérieure qui répond au corps utérin, une inférieure répondant au segment inférieur. Sur la première, le péritoine adhère très intimement à la couche musculaire sous-jacente, sauf sur les parties latérales où le péritoine est sous-tendu par le ligament rond. Sur la seconde, l'adhérence du péritoine au tissu musculaire varie suivant qu'on examine la région médiane ou les parties latérales. Sur celles-ci, le péritoine est séparé du tissu musculaire par une couche du tissu conjonctif très lâche, et il y a une véritable indépendance entre ces deux tuniques. Le contraste est donc frappant entre la disposition du péritoine sur le corps et sur le col. Sur la ligne médiane est une bande de tissu au niveau de laquelle le peritoine qui recouvre le segment inférieur est plus adhérent au tissu musculaire que sur les parties latérales. Sur cette région, l'adhérence du péritoine va en s'atténuant au fur et à mesure que le point examiné est situé plus bas.

De cette disposition anatomique, il résulte que quand on pratique une incision sur le corps utérin, la tunique musculaire reste adhérente au péritoine. Grâce à la direction des différents faisceaux de la paroi antérieure, la paroi musculaire se rétracte plus dans les parties superficielles que dans les parties profondes ; le péritoine se recroqueville légèrement entre les lèvres de la plaie et la position devient éminemment favorable à la coaptation, au moment de l'application des sutures.

Si l'incision porte sur le segment inférieur, les conditions sont loin d'être aussi favorables ; la paroi musculaire est flasque, se retracte mal, d'où une tendance plus grande aux hémorrhagies; par suite de l'indépendance du péritoine et de la paroi musculaire, une application régulière des sutures est plus difficile ; enfin pour peu que l'incision ait un peu dévié sur la paroi latérale, on risque de voir le sang s'épancher dans le tissu cellulaire des ligaments larges et y former un thrombus volumineux ; on peut observer finalement des désordres analogues à ceux qu'on trouve dans les cas de rupture de l'utérus, avec épanchement de sang dans le paramétrium.

Ce sont tous ces inconvénients qui ont fait abandonner le procédé d'ailleurs ingénieux de Kehrer.

Cela dit, comment pratiquera-t-on l'incision ?

A. — On a donné le conseil d'inciser lentement, couche par couche, l'utérus ;

B. — D'inciser la paroi utérine en un coup, puis ensuite l'œuf ;

C. — D'inciser en un seul temps la paroi de l'utérus et de l'œuf.

A. — Je ne puis donner le conseil d'inciser la paroi utérine couche par couche. En agissant ainsi, on a une plaie moins régulière. Dès que l'on a entamé le tissu musculaire, l'hémorrhagie devient abondante ; on est gêné pour continuer l'incision et la somme de sang qui s'écoule est plus grande que si on a recours au dernier de ces procédés.

B. — Je ne vois aucun intérêt à inciser en un temps l'utérus et en un second temps l'œuf.

C. — Il vaut mieux, à mon sens, inciser en un seul temps œuf et paroi utérine; voici le procédé que j'ai

(1) Fin : Voir n° 50.

Digitized by Google

suivi, et qui me semble le meilleur. Choisissant un point de la paroi utérine auquel ne répond aucune partie fœtale, et en évitant autant que possible le trajet d'un de ces gros vaisseaux veineux que l'on voit très nettement cheminer sous le péritoine, je fais franchement avec le bistouri une ponction dans la paroi utérine; puis agrandissant l'orifice sur une longueur de deux à trois centimètres, j'introduis l'index gauche dans la plaie ainsi faite; immédiatement, par suite de la rétraction de la paroi utérine, les parois de l'orifice ainsi créé s'appliquent sur le doigt, et l'écoulement de sang et de liquide amniotique, qui a du reste été fort restreint, cesse tout à fait. Le doigt est alors introduit à fond; la face palmaire tournée en haut, est appliquée contre l'amnios, et on introduit dans la cavité utérine un bistouri boutonné; puis, suivant le doigt, comme s'il était une sonde cannelée, on incise en un seul temps et sur la longueur que l'on juge convenable, la paroi utérine. En agissant ainsi, on ne risque pas de blesser le fœtus, et on a une incision plus nette que si on déchirait la paroi utérine avec les doigts, ainsi que le conseil en a été donné.

On a objecté à cette pratique qu'une hémorrhagie très grave pourrait se produire, si on en rencontrait le placenta : ce reproche est tout théorique. Si le placenta était inséré sur la paroi antérieure de l'utérus, l'incision le plus rapidement faite serait celle qui donnerait le moins de sang, et, à mon sens, le procédé que je viens de décrire reste encore ici le préférable.

On donne le conseil de donner à l'incision utérine une longueur de seize centimètres: c'est une pratique qu'on peut suivre, mais il faut savoir que même avec ces dimensions la plaie reste encore trop petite, tant est rapide la retraction de l'utérus. Pendant l'extraction de l'enfant, on devra donc presque toujours agrandir la plaie, ce que l'on fera en incisant de préférence la partie supérieure.

L'extraction du fœtus est généralement chose facile; on saisit un pied, le siège s'engage facilement; on attire un bras, puis l'autre; après avoir débridé, s'il est nécessaire, la plaie utérine, on extrait la tête en la fléchissant, comme il convient.

Une pince est appliquée sur le cordon qui est coupé; l'enfant, qui nait souvent en état de mort apparente, est confié à un aide qui s'en occupe exclusivement, et on poursuit l'opération en veillant tout d'abord à ce que des anses intestinales ne viennent pas glisser à travers la paroi abdominale et à ce que du sang ne s'écoule pas dans le péritoine. On va procéder à la délivrance.

V.— *Délivrance.* — Ce temps de l'opération est généralement des plus faciles; par suite de la rétraction de l'utérus, le placenta se décolle et vient pour ainsi dire faire hernie à travers les lèvres de la plaie utérine; il suffit de l'attirer doucement et la délivrance est terminée.

Pendant ce temps de l'opération, alors même que le sang ne s'écoule pas en très-grande abondance, l'opérateur doit toujours s'assurer si la rétraction de la paroi utérine est bien régulière; il arrive parfois, en effet, que le placenta vient bien, comme dans les cas favorables, se présenter entre les lèvres de la plaie; mais la paroi utérine adhérente au placenta est le siége d'une véritable inversion. Cette disposition doit toujours être considérée comme d'un fâcheux présage; elle indique un certain degré d'inertie utérine, et lors même que l'hémorrhagie est légère, je donnerai le conseil de faire une irrigation d'eau très-chaude en même temps qu'on pratique une injection sous-cutanée de dix gouttes d'ergotinine de Tanret. Dès que le premier vestige de contraction apparaît, on décolle le placenta comme s'il s'agissait d'une délivrance artificielle et l'on continue, s'il en est besoin, d'irriguer la paroi utérine rétropulsée on réduite spontanément avec de l'eau très-chaude. Le plus souvent, dès que le placenta est décollé, la rétraction uterine se poursuit d'une façon régulière.

Même dans les cas où tout semble se passer régulièrement, on ne négligera jamais de faire une injection d'ergotinine de Tanret dès que le placenta a été extrait et de faire une irrigation d'eau très-chaude dans la cavité utérine. L'hémorrhagie qui se produit toujours à ce moment s'arrête généralement de suite.

Dans bien des cas, une grande partie de la caduque reste adhérente à la paroi utérine. Que convient-il alors de faire?

On a donné le conseil de curetter l'utérus, d'exciser avec les ciseaux ou le bistouri les lambeaux de caduque restés adhérents; ce sont là pratiques défectueuses. D'une façon générale, on peut dire que moins l'on touche à la paroi utérine, et plus on va vite, mieux cela vaut. On se contentera donc d'enlever les lambeaux de caduque qui seraient flottants, et sans plus tarder, une fois le placenta extrait, l'irrigation chaude terminée, on recouvrira la paroi utérine d'une couche légère d'iodoforme, on placera dans la cavité utérine une éponge ou, ce qui est mieux, un fort tampon de gaze iodoformée, et l'on procédera à la suture utérine.

Mais avant d'exposer les règles que l'on doit suivre pour la pratiquer, disons en quelques mots ce qu'il convient de faire si l'hémorrhagie est survenue pendant les temps de l'opération que nous venons de décrire.

Ici, comme dans toute opération, le premier et le principal précepte est de garder tout son sang-froid, d'apprécier sainement le degré et la cause de l'hémorrhagie et d'appliquer avec méthode les différents procédés qui permettront de l'arrêter.

Quand on fait l'incision de l'utérus, il s'écoule toujours une grande quantité de liquide rouge, mélange de sang et de liquide amniotique; on ne doit pas s'effrayer, il faut continuer l'opération; le plus souvent, le sang s'arrête spontanément. On ne s'attardera surtout pas à éponger les lèvres de la plaie, à chercher à saisir avec des pinces les vaisseaux qui donnent du sang. Mais on procédera sans tarder à l'extraction du fœtus; ce temps effectué, si un gros vaisseau donne du sang, on pourra toujours saisir la partie de la paroi dans laquelle il est situé avec une pince à forcipressure, mais c'est là une nécessité qui se rencontre bien rarement.

Une hémorrhagie sérieuse est le plus souvent due à de l'inertie utérine. Nous avons dit plus haut comment il convenait d'agir quand cet accident arrivait avant la

Digitized by Google

délivrance. Si le sang s'écoule en abondance après l'extraction du délivre, que convient-il de faire?

On doit faire une injection sous cutanée avec dix à douze gouttes d'ergotinine de Tanret, si elle n'a pas encore été faite, et irriguer la cavité utérine avec de l'eau très-chaude (50° centigrades). Si l'inertie continue, l'utérus sera attiré hors de la cavité abdominale, s'il ne l'est déjà; un aide saisira les deux ligaments et les pressera entre les doigts de chaque main pendant que l'opérateur tamponnera l'utérus avec des éponges pressées ou de la gaze iodoformée. Si l'hémorrhagie persiste, l'opérateur saisissant l'utérus à pleines mains, le tordra suivant son axe, en le fléchissant fortement en avant. Je donnerai le conseil de ne recourir à ce procédé que si l'hémorrhagie est réellement tenace, car son emploi est souvent suivi d'inertie secondaire.

Le plus souvent, l'utérus se rétracte assez bien et cependant il s'écoule une quantité notable de sang. Que faire alors?

Appliquer dans la cavité utérine un tampon iodoformé ou des éponges et passer outre; appliquer rapidement les sutures, en ayant bien soin de ne découvrir que peu à peu les lèvres de la plaie de façon à ce que les points sur lesquels on applique les fils ne soient pas masqués par le sang.

Je n'ai jusqu'ici, et avec intention, fait aucune allusion à l'emploi du lien élastique qui pour beaucoup d'auteurs constitue le premier et le dernier mot de l'hémostase dans l'opération césarienne. Sans doute, il n'est pas de moyen plus puissant pour arrêter une hémorrhagie grave; l'utérus étant attiré au dehors, on entoure deux fois son extrémité cervicale par un tube élastique fortement tendu; une pince fixe les deux chefs de ce tube, et l'hémostase est absolue. Mais on ne saurait trop répéter que l'usage du tube élastique est une cause fréquente d'inertie consécutive, et une fois les sutures faites et le tube retiré, on doit redouter des hémorrhagies secondaires. Ne considérez donc ce moyen que comme un pis aller que l'on adopte en dernière extrémité. Dès que vous y aurez recours, songez que probablement, il vous faudra recourir à l'amputation de Porro, et de fait, si, le tube étant retiré, l'utérus ne se contractait pas suffisamment, l'amputation supravaginale deviendrait le complément immédiat de l'opération césarienne.

Cela dit, comment appliquer les sutures?

VI. — *Sutures.* — Quand Sœnger réhabilitait l'opération césarienne classique, l'originalité de sa tentative résidait dans l'application de sutures savamment disposées et par lesquelles on adossait soigneusement la tunique musculaire à la tunique musculaire et la séreuse à la séreuse. Pour atteindre ce résultat, Sœnger avait établi une technique fort compliquée qui est aujourd'hui complètement abandonnée.

Si on a pratiqué l'incision de l'utérus en suivant les règles que nous avons données plus haut, la coaptation se fera sans qu'il soit besoin de recourir à aucun artifice; il suffira d'appliquer une série de points de suture profonds comprenant dans leurs anses la plus grande partie de la tunique musculaire, mais n'atteignant pas la muqueuse. Ces points seront séparés, distants l'un de l'autre de un centimètre à un centimètre et demi. Les premiers placés le seront à la partie supérieure, et l'on aura soin de lier les fils au fur et à mesure de leur application. La suture étant ainsi faite, on est tout étonné de voir que le péritoine est récliné entre les lèvres de la plaie, et il suffit pour amener la coaptation des deux lèvres de la séreuse de placer entre les points profonds des points superficiels.

Nous n'avons pas besoin de dire que l'utérus sera détamponné avant de terminer la suture.

Pour appliquer ces sutures, c'est à la soie qu'il faut recourir et on peut se servir d'aiguilles rondes ordinaires à chas non saillant.

VII. — *Fin de l'opération. Traitement consécutif.* — Voilà l'utérus suturé; on le réintègre dans la cavité abdominale; le péritoine est nettoyé, s'il y a lieu; on ramène au-devant de la plaie utérine un fragment d'épiploon, qui la recouvrira comme d'un manteau, et l'on va procéder, suivant les règles ordinaires, à l'occlusion de la paroi abdominale.

On a donné le conseil de compléter l'opération césarienne par l'ablation des deux ovaires; c'est un complément de l'opération auquel on pourra recourir dans certains cas, dans l'ostéomalacie, par exemple.

Je ne dirai rien des procédés opératoires auxquels il faut recourir pour fermer la paroi abdominale, ni du pansement qu'il faut appliquer : ce sont là des temps qui ne diffèrent en rien de ceux de toute laparotomie.

VIII. Existe t-il un traitement consécutif particulier?

1° Maintenir aseptiques les voies génitales extérieures.

2° Se préparer, si cela est nécessaire, à faire des injections intra-utérines. Il n'est pas besoin dans ce but de recourir au drainage. J'ai employé dans un cas cependant ce moyen; mais il s'agissait d'un fait exceptionnel, dans lequel l'excavation pelvienne était complètement comblée par une tumeur ostéosarcomateuse, et il était impossible d'atteindre le col. Dans les cas ordinaires, ce procédé serait plus nuisible qu'utile.

Si, secondairement, il survenait de l'inertie utérine et une hémorragie secondaire assez grave pour compromettre les jours de la malade, on ne devrait pas craindre de réouvrir la cavité abdominale pour amputer l'utérus. Enfin, si une péritonite se déclarait, l'ablation de l'utérus, alors que la péritonite est encore localisée, pourrait peut-être être discutée.

Dr P. Bar.

Professeur agrégé à la Faculté, Accoucheur des hôpitaux de Paris.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

GYNÉCOLOGIE

I. **Traitement du catarrhe utérin.** — La méthode mise en œuvre par Chrobak consiste dans l'emploi du pansement sec et s'effectue de la manière suivante :

1° Nettoyage mécanique du vagin et lavages au sublimé à 1 0/00;

Digitized by Google

2° A l'aide du spéculum Cusco et d'un peu d'ouate antiseptique roulée au bout d'un manche de pinceau, ablation du mucus recouvrant le museau de tanche et remplissant le canal cervical ;

3° Introduction d'une sonde utérine du plus fort numéro jusqu'au fond de l'organe, afin de reconnaître la direction de l'utérus et maintenir ses parois écartées.

Si la sonde ne peut franchir l'orifice interne, dilatation progressive avec les dilatateurs d'Hégar jusqu'au n° 5 ; on ne provoque aucune douleur en n'allant pas au delà ;

4° Par la sonde, lavage complet de la cavité avec le sublimé à 1 0/00; le récipient à irrigation élevé de un mètre au plus et la partie supérieure du corps de la malade tenue haute ;

5° Assèchement de la cavité utérine avec de l'ouate;

6° Tamponnement utérin avec une mèche iodoformée, qui est préférable à la gaze et à l'ouate ; elle draine mieux ;

7° Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

Ce traitement s'adresse spécialement aux cas d'endométrite pure, sans complication du côté des annexes.

On laisse le tout vingt-quatre à quarante-huit heures en place.

On pourrait remplacer l'iodoforme par le bismuth, l'acide borique, l'alun, le tannin.

Après dix ou douze pansements, on se contente de faire, chaque jour, une irrigation vaginale antiseptique et de mettre un tampon. Enfin, pour s'assurer de la guérison, on place un tampon imbibé de glycérine au tannin à 25 0/0 ; lorsqu'on le retire, on ne trouve pas trace de sécrétion.

Dans l'endométrite purulente, d'origine blennorrhagique spécialement, il est nécessaire de faire une cautérisation de la cavité utérine avec le chlorure de zinc à 50 0/0.

H. G.

MALADIES VÉNÉRIENNES

II. **Un pansement antiseptique du chancre mou.** — Cette médication donne des succès quand le curettage et la cautérisation ne sont pas indiqués, ce qui est le cas le plus fréquent d'après M. F. Davis.

Il consiste :

1° A lotionner deux fois par jour la surface chancreuse avec l'eau bouillie coupée d'eau oxygénée ;

2° A sécher cette surface avec le coton hydrophile ;

3 A soupoudrer ensuite avec le mélange suivant qui possède l'avantage d'être antiseptique, exempt d'odeur et non douloureux :

P. Sous-nitrate de bismuth.....
Quinquina jaune finement pulvérisé. } àà 3 grammes
Calomel.....
F. s. a.

S. R.

FAITS CLINIQUES

Kyste hydatique du poumon

Ouverture spontanée dans les bronches

par M. le Dr Ferrand (de Courson-les-Carrières)

Le 30 mars dernier j'ai été appelé auprès de M. X..., âgé de 31 ans, malade depuis deux jours. Ce jeune homme, de constitution robuste, est cultivateur. Je ne relève dans ses antécédents qu'une bronchite remontant à deux ans, peu grave, mais ayant laissé après elle une toux rauque rappelant la toux férine. Dans le cours de cette bronchite, pendant une huitaine de jours, les crachats contenaient un peu de sang. Le médecin consulté avait constaté une certaine matité au sommet du poumon gauche, l'avait signalée au malade, mais en présence d'un état général excellent, il avait réservé son diagnostic. La bronchite n'eut d'ailleurs qu'une courte durée et le médecin ne revit plus le malade. Mais celui-ci n'avait pas oublié la matité du poumon dont on lui avait parlé ; il se percutait souvent le thorax et faisait remarquer à son entourage que le côté gauche ne sonnait pas comme l'autre. Sa santé était très bonne, il vaquait comme à l'ordinaire à ses occupations et ne s'occupait pas autrement du défaut de sonorité de son poumon.

A la fin de mars à la suite de fatigues il fut pris brusquement de bronchite aiguë et me fit demander. La fièvre était vive, le facies altéré, la langue chargée, la peau moite ; il offrait un véritable aspect typhoïde sans proportion avec la maladie dont il semblait atteint depuis quelques jours seulement. La respiration était courte et la toux très fréquente conservait ce timbre rauque dont j'ai déjà parlé. A l'examen des poumons je trouve les signes suivants :

Percussion: côté gauche; en arrière, matité dans le tiers supérieur, matité qui diminue à mesure que l'on s'éloigne du sommet de sorte que tout à fait en bas du poumon la sonorité est à peu près normale.

En avant, dans la région sous-claviculaire, et un peu en dehors, existe une voussure appréciable à l'œil et à la main. Toute la région est absolument mate et sans élasticité sous le doigt.

Auscultation : dans toute la partie antérieure gauche le silence est aussi absolu que si l'on n'avait pas un poumon sous l'oreille. Il n'y a ni égophonie, ni vibration de la voix. En arrière et en haut, même silence qu'en avant; en bas on entend avec la respiration de nombreux râles de bronchite. Le côté droit est sain, la respiration est bruyante, supplémentaire. Le malade n'a jamais eu de point de côté ; il se couche indifféremment à droite ou à gauche ; il n'a pas eu d'oppression jusqu'au jour où il a pris le lit. Je le quitte après avoir donné un calmant et appliqué en arrière un vésicatoire. Je suis intrigué par cet ensemble de symptômes qui ne rentrent pas dans le cadre des maladies courantes. Je pense cependant à la possibilité d'un kyste hydatique, ayant déjà eu l'occasion d'en observer un cas, suivi d'autopsie, en 1889, pendant mon externat dans le service de M. le Dr Millard. Mon indécision fut de courte durée. Dès le lendemain le malade fut pris, vers cinq heures du matin, d'une violente quinte de toux pendant laquelle il expectore à pleine bouche une énorme quantité d'un liquide clair d'abord, puis laiteux. Il est en proie à une angoisse extrême ; la toux est incessante et chaque quinte amène un flot de liquide d'une saveur fade. Si je m'étais mis la tête en bas, me disait le malade, l'eau se serait écoulée de ma bouche comme d'un robinet. Je ne l'ai vu que dans la matinée, environ quatre heures après la rupture du kyste On avait déjà vidé deux petites cuvettes de liquide. La toux était moins fréquente, le malade plus calme.

La sonorité était revenue au sommet du poumon, en avant et en arrière, et en auscultant je trouvai à la partie supéro-externe un souffle amphorique révélant l'existence d'une cavité étendue. Autour de cette cavité, je n'ai pas entendu le murmure vésiculaire, l'air n'ayant pas encore eu le temps de déplisser les alvéoles pulmonaires comprimées par la distention de la poche liquide. N'ayant pu voir le premier liquide évacué je priai le malade de craéher directement dans une petite bouteille que j'envoyai à mon ami M. le Dr Edmond Potherat, prosecteur à la Faculté de Paris, en lui demandant d'en faire examiner le contenu.

Voici le résultat de cette analyse faite au laboratoire de la Faculté :

Liquide jaunâtre, légèrement louche, renferme quelques mor-

Digitized by Google

ceaux de membranes amorphes. Il ne se coagule ni par la chaleur ni par les acides, fait important qui appartient aux liquides des kystes hydatiques.

Au microscope on trouve en outre : des globules blancs, des corpuscules de Glüge, quelques cellules pavimenteuses, des granulations graisseuses et en grande abondance des crochets d'échinocoques. Comme fait exceptionnel on note la présence d'un morceau de fibre musculaire en dégénérescence granulo-graisseuse.

Il s'agissait donc bien d'un kyste hydatique spontanément ouvert dans les bronches. Les jours suivants, l'état général se relève ; le malade reprend peu à peu sa physionomie habituelle ; l'appétit et les forces reviennent. Cependant le souffle amphorique persiste toujours ; le poumon est sonore ; je ne trouve pas le tintement métallique que l'on rencontre parfois dans les grandes excavations ; le malade tousse encore et crache le matin. Le dixième jour, il y avait encore des débris membraneux dans l'expectoration. A cette époque, le souffle a disparu, les parois de la poche se sont rapprochées, il reste une cavité virtuelle qui va néanmoins continuer à secréter une certaine quantité de liquide assez clair (un vase environ par jour) rejeté principalement le matin.

Le pronostic me semble assez favorable. Le kyste s'est ouvert le 31 mars. A ma dernière visite, le 28 avril, le malade a retrouvé toute sa santé et me demande s'il peut reprendre ses occupations. Les parois du kyste sont à peu près en contact, mais non réunies, car à ce niveau, la respiration est soufflante, mêlée de gros râles muqueux. Jusqu'à présent rien ne fait prévoir la suppuration de cette poche. Il y a donc lieu d'espérer la guérison complète.

Les observations de kyste hydatique du poumon, sans être très rares, ont peu communes, en Europe du moins. D'après les auteurs, c'est surtout en Australie qu'elles se rencontrent le plus fréquemment. J'ai rapporté ce fait parce qu'il s'éloigne par quelques-uns des symptômes essentiels des faits qui sont décrits. On signale, en effet, la dyspnée comme l'un des premiers symptômes de la maladie, dyspnée qui augmente à mesure du développement du kyste. Cette affection s'accompagne de douleurs plus ou moins vives, fixes ou bien irradiées à l'épaule et même au bras correspondant. Ici, rien de semblable. A aucune époque de la maladie, le patient n'a été oppressé, il n'a jamais ressenti de douleurs, il travaillait encore aux champs trois jours avant la rupture de son kyste. L'hémoptysie est encore signalée comme un symptôme fréquent et redoutable de cette affection. Les malades crachent de temps en temps un peu de sang ; mais c'est surtout au moment de la rupture de la poche qu'il peut se produire une hémorrhagie abondante, parfois mortelle. Dans notre cas, le malade se rappelle seulement avoir craché un peu de sang pendant sa première bronchite ; depuis, pas un crachat teinté de rouge, pas une seule goutte de sang dans le liquide expectoré. En résumé, ce qui étonne le plus, c'est qu'un individu ait pu porter pendant sept ou huit mois un kyste très volumineux comprimant un poumon au point d'en supprimer le fonctionnement, sans en éprouver la moindre incommodité, la plus légère altération dans sa santé générale. Les choses semblent s'être passées comme dans ces cas de pleurésies latentes où l'on voit des malades vaquer pendant des mois à leurs occupations tout en ayant un litre ou deux de liquide dans la plèvre.

REVUE DES THÈSES

Etude sur la maladie d'Addison, par M. le Dr Lefèvre (*Thèse de Paris* 1890).

Rappelons d'abord en quelques mots en quoi consiste la maladie bronzée, car cette affection est fort rare, et beaucoup d'étudiants ne l'ont jamais observée pendant leur stage dans les hôpitaux.

Une asthénie croissant jusqu'à la mort, une melanodermie à caractères speciaux, des troubles gastriques, des douleurs lombo-abdominales ; tels sont les quatre ordres de phénomènes qui constituent essentiellement la symptomatologie de la maladie d'Addison.

M. Lefèvre étudie surtout, dans son travail, les rapports qui existent entre cette affection et la tuberculose. Le plus souvent elle se rencontre chez les tuberculeux à une période avancée, et elle devient alors symptomatique d'une terminaison prochaine ; elle a été observée aussi chez les cancéreux. La maladie d'Addison est donc rarement primitive. On sait qu'au point de vue anatomo-pathologique elle est constituée par une lésion de l'une ou des deux capsules surrénales. Il s'agit ordinairement de masses caséeuses qui se développent dans ces organes, les détruisent à la manière des ulcérations tuberculeuses du poumon et le transforment en vastes foyers purulents.

On a observé, de plus, des lésions des ganglions voisines du grand sympathique ; mais ces altérations sont moins fréquentes que celles des capsules surrénales. La pathogénie de la pigmentation brunâtre de la peau et de certaines muqueuses reste encore inconnue.

H. M

Du traitement de l'érysipèle de la face par l'aconitine cristallisée, par M. le Dr Bourbon (*Thèse de Paris* 1890.)

Les expériences physiologiques ont démontré que l'aconitine cristallisée diminue la sensibilité dans tous ses modes, abaisse la tension sanguine et la température. Dès lors, pourquoi ne pas essayer ce médicament dans l'érysipèle de la face, où l'herpèralgésie et la fluxion sont portées à leur maximum ? C'est ce que M. le Dr Tison, et son élève, le Dr Bourbon, ont fait avec un plein succès. De leurs recherches il résulte que l'azotate d'aconitine, administrée à la dose de 1/10 de milligramme toutes les 2 heures, de façon à ne pas dépasser un milligramme en 24 heures, abrège la durée de l'érysipèle spontané de la face et atténue considérablement les phénomènes douloureux.

H. M.

Traitement de l'érysipèle par les pulvérisations éthérées de sublimé, par M. le Dr Cayet. (*Thèse de Paris* 1890.)

Ce traitement est celui que M. Talamon emploie contre les pustules varioliques ; il consiste à pulvériser avec un appareil de Richardson, pendant une minute, sur la zone la plus externe de l'érysipèle, en dedans et en dehors du bourrelet érysipélateux, la solution suivante :

Sublimé corrosif . . . . } ãã 1 gr.
Acide citrique ou tartrique }
Alcool à 90° . . . . . 5 c. c.
Ether sulfurique. . . . . q. s. pour faire 100 c. c.

Cette solution étant caustique, ne doit pas être projetée sur les yeux ni au voisinage des narines. Les pulvérisations sont répétées deux ou trois fois par jour. M. Cayet considère ce traitement comme le meilleur des topiques employés contre l'érysipèle. S'il est employé dès le début, l'inflammation cutanée cède dès le premier jour et la maladie est terminée le quatrième jour.

H. M.

Digitized by Google

De la cirrhose alcoolique hypertrophique, par M. le Dr Douarre (*Thèse de Paris*, 1890).

Il y a une douzaine d'années, il existait dans la science une différence très nette entre la cirrhose atrophique et la cirrhose hypertrophique, alors récemment décrite par M. Hanot. La cirrhose hypertrophique, d'origine biliaire, est restée un type unique : mais il n'en a pas été de même pour la première. De nombreux travaux sont venus démontrer que l'alcoolisme n'imprimait pas toujours les mêmes modifications à la glande hépatique. A côté de la cirrhose de Laënnec on a décrit les cirrhoses mixtes, puis, en dernier lieu, on a signalé l'existence d'une cirrhose alcoolique hypertrophique, n'ayant rien de commun avec celle qui débute autour des canaux biliaires. C'est à cette dernière variété que M. Douarre consacre sa thèse. L'alcool peut donc amener le développement d'une cirrhose avec hypermégalie permanente du foie, susceptible de retrocéder jusqu'à la guérison, mais qui dans aucun cas ne se transforme en atrophie du foie.

Cette modalité de la cirrhose alcoolique peut demeurer latente ou fruste, être découverte à l'autopsie Elle peut aussi offrir le riche complexus symptomatique de la cirrhose alcoolique vulgaire : troubles digestifs, ictère hémaphéique, ascite, développement considérable des veines sous-cutanées abdominales, varicosités de la face, hémorrhoides, hématémises, etc. Après la ponction de l'ascite, l'examen seul du foie, atrophié dans un cas, hypertrophié dans l'autre, permettra de faire le diagnostic. La distinction entre ces deux formes de cirrhose est fort importante au point de vue du pronostic, la curabilité de la seconde étant beaucoup plus grande que celle de la première.

Lorsque l'on examine un foie atteint de cirrhose hypertrophique alcoolique, on est tout d'abord surpris de son volume excessif ; il peut atteindre un poids de 2 à 3 kilogrammes. La forme générale de la glande est conservée. Sa couleur, gris jaunatre, est la même que dans la cirrhose atrophique ; sa surface est hérissée de granulations sous-capsulaires, très appréciables à l'œil nu. La consistance du parenchyme hépatique est beaucoup plus grande qu'à l'état normal. Sur une coupe, on voit des granulations jaunâtres qui ne sont autres que les lobules hépatiques, séparés les uns les autres par de larges anneaux fibreux rosés, à contours nettement tranchés qui les enserrent dans leurs mailles. Comme dans la cirrhose atrophique, il s'agit d'une sclérose annulaire et périveineuse se développant autour des ramifications de la veine porte et des veines sus-hépatiques.

L'augmentation du volume du foie tient à l'énorme développement du tissu conjonctif de nouvelle formation.

Cette forme est curable : en effet, on voit quelquefois l'hépatomégalie disparaitre après plusieurs ponctions de l'ascite, par l'usage des diurétiques, des iodures et des mercuriaux. Cependant, il ne faudrait pas toujours compter sur cet heureux résultat. H. M.

LES ESSAIS DE LA LYMPHE DE KOCH

De l'action de la lymphe de Koch sur le sang

Des variations de la quantité d'oxyhémoglobine à la suite des injections du liquide de Koch

Par M. le Dr A. Henocque

Directeur adjoint du Laboratoire de médecine des Hautes Etudes au Collège de France

Ces observations ont été faites à l'aide de l'examen hématospectroscopique.

Sur 22 malades traités, j'ai noté : chez 13, une diminution de la quantité d'oxyhémoglobine ; chez 3, une diminution, puis une augmentation. Chez 3, les variations sont nulles ou très faibles ; chez 3, il y a eu augmentation de la quantité d'oxyhémoglobine.

De là ces conclusions générales.

1° La diminution a été observée le plus souvent. Elle s'étend de 1 à 2, à 3 et même à 5 0/0 de la quantité totale d'oxyhémoglobine du sang qui est normalement de 13 à 14 0/0 ou bien à $\frac{1}{14}$, $\frac{1}{7}$, $\frac{1}{4}$ et plus d'$\frac{1}{3}$ de la quantité d'oxyhémoglobine existant avant les injections.

La diminution se produit rarement dès le premier jour, plus souvent vers le deuxième, le troisième et les jours suivants. Elle est ordinairement en rapport avec le nombre des injections plutôt qu'avec leur dose et avec certaines complications.

Elle peut être aussi prononcée pour le lupus que pour la tuberculose pulmonaire. Dans un cas de phtisie, l'anémie prononcée à l'entrée du malade [9,5 0/0 d'oxyhémoglobine (2e degré)] s'est aggravée ; elle est arrivée au 3e degré avec 6,5 0/0 d'oxyhémoglobine.

2° La diminution peut être suivie d'une ascension et d'une augmentation de l'oxyhémoglobine.

Les 3 cas observés concernent des phtisiques ; dans 2 de ces cas, il y a eu complication d'albuminurie ; dans 2 cas, l'augmentation a coïncidé avec une amélioration des signes de la tuberculose.

3° Il peut n'y avoir aucune variation après une ou deux injections à doses faibles, dans la tuberculose cutanée et la tuberculose pulmonaire.

4° Dans les 3 cas où il y a eu augmentation, celle-ci a été de 12 à 13 (lupus), de 13 à 14, de 10 à 12 (pneumophymie).

Les deux premiers de ces malades n'étaient pas anémiques, le dernier était au 1er degré de l'anémie à l'entrée, et celui-ci est un pneumophymique dont le poids a augmenté de 2 livres en 8 jours.

5° Il ne paraît pas y avoir de relation précise entre l'intensité de la réaction et les variations de l'oxyhémoglobine.

6° La mesure de l'activité de la réduction par l'examen spectroscopique du pouce a été faite conjointement avec celle de la quantité d'oxyhémoglobine. Les résultats en seront ultérieurement publiés.

Ces conclusions sont forcément générales et provisoires, mais elles démontrent l'utilité de l'analyse du sang pour les indications et les contre-indications dans la durée du traitement. Il est, en effet, de la plus haute importance de suivre les variations de la quantité d'oxyhémoglobine dès le début des injections et d'éloigner ou de rapprocher celles-ci suivant que la diminution est plus ou moins prononcée ou que l'augmentation démontre l'amélioration de l'état général.

La lymphe de Koch dans les hôpitaux de Paris

Il est superflu d'insister sur l'intérêt clinique des recherches dont M. Hénocque a bien voulu, par la note précédente, exposer les résultats inédits à nos lecteurs.

L'hémato-spectroscopie qui n'en est plus à faire ses preuves comme méthode clinique, parait donc établir la puissance du liquide de Koch comme poison du sang.

Digitized by Google

C'est aussi, par une autre voie, confirmer les scrupules des médecins qui se refusent à exposer leurs malades au danger de ces injections.

Voici quelques-uns des derniers résultats des essais entrepris dans les hôpitaux de Paris :

A l'hôpital du Midi. — M. Humbert a injecté cinq syphilitiques sans obtenir aucun résultat.

A l'hôpital Laënnec. — M. Cornil, qui continue ses expériences, a, dans la conférence de dimanche dernier, annoncé que trente malades de son service ont été soumis aux injections :

L'injection d'un demi-millimètre à 2 millimètres cubes de lymphe, dit-il, donne lieu à un accès fébrile dont la courbe présente des variations assez grandes d'un malade à l'autre.

Chez les malades atteints uniquement de lupus facial, sans complication pulmonaire et dans un état de santé excellent, la température monte par une ascension régulière qui atteint son maximum de 39° 1/2 au bout de cinq à huit heures ; puis elle diminue progressivement ou brusquement, de façon à revenir à 37° 1/2 ou 38°.

Le plus souvent, dans la descente de la courbe, on constate un ressaut, de telle sorte que, dix ou quinze heures après le premier maximum, lorsque la température est revenue à son point de départ, à 37° ou 38°, elle remonte progressivement ou brusquement à 39° 1/2 ou 39°, pour redescendre ensuite rapidement ou peu à peu.

Dans presque tous les tracés de lupus tuberculeux, on observe une double ascension consécutive à l'injection : la première, pendant les premières vingt-quatre heures ; la seconde, suivie d'une brusque descente, pendant le second jour ; il y a même eu quelquefois un accès fébrile le troisième jour.

Cette règle générale subit des variations en rapport avec la quantité du liquide injecté et avec le mode de réagir spécial à chaque sujet.

Nous avons traité deux lupus érythémateux qui ont présenté tous les deux la réaction générale fébrile la plus caractérisée. L'un d'eux seulement a offert une réaction très manifeste : une tuméfaction avec induration et rougeur des plaques du lupus. Chez eux aussi, la réaction fébrile s'est faite en deux temps, les deux maxima séparés, chez l'un, par dix heures, chez l'autre, par neuf heures.

Dans la tuberculose pulmonaire, chez les malades qui n'ont pas de fièvre habituelle, les tracés sont tout à fait comparables à ceux du lupus ; mais, chez les malades qui présentent chaque soir une température de 38° 1/2 à 40°, celle-ci ne s'accroit que d'un demi-degré le jour de l'injection et le lendemain.

L'accès de fièvre qui suit l'injection se produit, le plus souvent, en deux temps séparés par un intervalle d'apyrexie complète, la température descendant à 37° 1/2, 38° ou même 36° 1/2 entre les deux maxima. Il en résulte que, si l'on veut attendre la fin de l'accès pour recommencer l'injection et ne pas s'exposer à accumuler les effets de deux injections consécutives, il faut retarder de deux ou trois jours la seconde injection.

Dans la tuberculose pulmonaire, donner un accès de fièvre n'est pas chose indifférente, car c'est déprimer les forces des malades et diminuer la possibilité de l'alimentation pendant une journée. Il est vrai qu'après plusieurs injections il se produit une accoutumance qui diminue la réaction fébrile.

En somme, nous ne pouvons nous prononcer ; mais, de l'aveu de tous ceux qui l'emploient depuis deux ou trois mois, on obtient souvent une amélioration ou des cicatrisations très étendues du lupus et on peut espérer une action bienfaisante sur les formes de début de la tuberculose pulmonaire.

On le voit, ces conclusions sont prudentes. M. Cornil se réserve et se contente surtout de rappeler les conclusions de ceux qui expérimentent depuis deux ou trois mois.

A l'hôpital Saint-Louis. — M. Péan, dans sa leçon de samedi dernier, explique ainsi le décès d'un malade de son service, après des injections de lymphe :

Ce malade était dans un état déplorable. Il était atteint d'une affection tuberculeuse de l'ischion. On hésita à inoculer.

La température, après la première injection, s'éleva immédiatement de 36°4 à 39°6. Après la deuxième, pratiquée cinq jours après, elle s'éleva brusquement à 40°8, et le malade succomba. On a beaucoup discuté ce cas, mais il convient et il est juste de remarquer que d'autres malades au moins aussi gravement atteints que lui n'ont présenté aucune réaction.

M. Péan ajoute que ce sujet était, d'ailleurs, perdu d'avance et n'aurait pu supporter ni une opération, ni une dose, si minime qu'elle fût, d'un médicament quelconque.

On se demande, dès lors, quel intérêt scientifique et humanitaire pouvaient offrir des injections pratiquées dans de telles conditions ?

La méthode de Koch dans les hopitaux de Berlin.

Les médecins allemands des plus autorisés maintiennent une réserve de plus en plus grande dans leurs conclusions. C'est donc une évolution de l'opinion médicale qu'on ne saurait trop signaler.

Dans sa dernière conférence, nous écrit-on, Bergmann, qui a pratiqué des injections sur deux cents malades, déclare qu'une année devra s'écouler avant d'établir des règles concernant la force et le nombre des injections.

Gerhardt, dans une autre conférence à l'hôpital de la Charité de Berlin, recommande la même prudence, déclare « que le remède est capricieux » et demande une année de délai avant de se prononcer.

Il a confirmé le caractère irrégulier des réactions. Il a cité des cas où la dose minima produisait, longtemps après la suspension du traitement, une inflammation du larynx telle qu'elle nécessitait l'opération de la trachéotomie. Souvent les inoculations ont produit dans les poumons des inflammations aiguës. L'état général est toujours très éprouvé. La respiration devient précipitée et elle est souvent analogue à celle des phtisiques à la dernière période de la maladie. Sur vingt-quatre malades, onze ont éprouvé de l'amélioration, six ont empiré, sept sont restés dans le même état.

En Hollande, l'enthousiasme n'a pas été contagieux pour tous les médecins. En voici la preuve dans un article publié par M. Godefroy, de Bar-le-Duc, dans l'*Algemen Handelsblast*, du 12 Déc. 1890.

Ne prêtons pas la main aux grandes espérances des dernières semaines et prenons une attitude plus calme. Et si nous prenons en considération les rapports qui nous sont parvenus de quelques cliniques allemandes, par lesquels nous avons appris plusieurs cas (dont un signalé par le Dr Berns) où les injections ont eu un effet mortel, si nous ajoutons encore que Koch lui-même y avait assisté le Dr Libbertz, la question suivante se pose. Est-il permis au médecin d'essayer sur le patient un remède dont la composition est inconnue et l'effet indéterminé, un remède, qui, fût-il appliqué au minimum, peut amener la mort du malade. Le médecin qui fait l'injection, est-il certain, un résultat funeste survenant, de ne pas tomber sous le coup de la loi pénale ?

En vertu de ces considérations, laissons à nos confrères allemandes, les expériences et les essais. Instruisons-nous de leur expérience et des résultats qu'ils obtiendront par l'application fréquente de la lymphe.

Avant d'employer un remède dangereux par son action violente, rappelons-nous le proverbe : le remède est pire que le mal.

Ch. Eloy.

Digitized by Google

CORRESPONDANCE DE L'ÉTRANGER

Munster (Alsace), 12 décembre 1890.

Perforation intestinale par des ascarides

Dimanche, le 19 octobre, je fus appelé de bon matin auprès d'une femme demeurant à quelques kilomètres de ma résidence, qui, d'après le diagnostic éclairé de la sage-femme du village, devait être affligée d'une hernie étranglée.

Je me mis en route, muni de chloroforme, et doucement ému par la perspective d'une kélotomie ou du moins d'un cas sortant de la catégorie vulgaire des rhumes, des ulcères variqueux et des rhumatismes.

Je trouvai ma malade, maigrelette personne de soixante ans, qui me communiqua que durant tout l'été elle s'était sentie peu bien, supportant mal les aliments, se fatiguant rapidement. Je mis ces symptômes sur le compte de la parcimonie bien connue de ma malade, qui, tout en étant très fortunée, travaillait pour deux et n'avait pas mangé à sa faim. Pourtant elle avait continué à vaquer à ses occupations habituelles, et avait été sur pied toute la journée du samedi, le 18, sans rien remarquer d'insolite. Ce n'est qu'en se réveillant, le lendemain matin, qu'elle avait constaté l'apparition du gonflement dans l'aine droite, pour lequel elle avait fait chercher la sage-femme d'abord et le médecin en second lieu.

J'examinai la région de l'aine, et trouvai, au-dessus de l'orifice vasculaire crural, une petite tumeur comparable à un œuf de poule coupé en deux dans son grand diamètre. Cette tumeur, solidement implantée par sa base, était très dure et nullement sensible; il était impossible de lui imprimer n'importe quel mouvement. Impossible aussi de découvrir la moindre altération de la peau ou des parties voisines. Cette tumeur était apparue subitement; elle ne pouvait être ni une hernie, ni un ganglion; si elle avait été un abcès en formation il y aurait eu de la douleur, de la rougeur. Je laissai le diagnostic en doute, et j'ordonnai le repos au lit et des frictions avec un onguent au biiodure de mercure.

Je revis ma malade deux jours plus tard, c'est-à dire le mardi, et constatai une légère rubéfaction centrale de la tumeur; des cataplasmes furent ordonnés et deux jours après la tumeur fut ouverte. Il était sorti à peu près deux cuillerées de pus, lorsque je vis apparaître dans les profondeurs de la cavité une pointe rosée qui se démenait dans le petit lac de pus comme un beau diable, et j'amenai à la lumière du jour un magnifique ascaride de douze centimètres de long, tout vivant et bien portant. Il fut suivi par un second de sa race peu d'heures après, et les trois jours suivants trois vers encore prirent le même chemin pour recouvrer la liberté. Quelques paquets de santonine suivis d'une bonne dose d'huile de ricin chassèrent *per anum* toute une pelote de parasites. Aujourd'hui ma malade est guérie, a bon appétit, et conserve pieusement, sec et couché dans une boîte, l'intrus qui, le premier, a ouvert un passage si inusité à ses compagnons.

J'ai jugé le cas sérieux, en ce sens que cinq ascarides, tous de plus de dix centimètres de longueur, aient pu perforer l'intestin et suivre les vaisseaux cruraux, sans que le moindre symptôme aigu se manifestât avant l'apparition du premier des parasites sous le tégument externe.

Dr Hecker.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 *décembre* 1890.

Présidence de M le Dr Terrier

Kyste dermoïde de l'ovaire. — M. Routier lit un rapport sur un mémoire envoyé par M. Ricard. Il s'agit d'une jeune femme de 24 ans entrée dans le service de M. Verneuil avec tous les symptômes d'une occlusion intestinale, datant de quatre jours. M. Ricard fit la laparotomie d'urgence et trouva un kyste dermoïde de l'ovaire droit, adhérent aux anses intestinales; il existait de plus un commencement de péritonite. La tumeur fut enlevée, tous les symptômes d'étranglement interne disparurent et la malade guérit.

M Berger. — Le mécanisme de l'occlusion intestinale qui accompagne certaines tumeurs abdominales est parfois difficile à préciser, même après la laparotomie; le fait suivant en est une preuve. Une femme entre dans son service, porteuse d'une grosse hernie ombilicale avec phénomènes d'étranglement. M. Berger fait la kélotomie et trouve, en arrière de la hernie, une anse intestinale affaissée sur elle-même, celle-ci est rentrée dans l'abdomen et la circulation intestinale semble rétablie. A l'autopsie, on trouva l'intestin tordu sur des brides fibreuses qui s'étendaient d'un fibrôme utérin à la paroi abdominale.

M. Bouilly — Quand il y a coexistence d'une tumeur abdominale et de phénomènes d'étranglement, presque toujours il s'y ajoute un élément morbide qui n'est autre que l'inflammation du péritoine.

Rarement les matières intestinales sont arrêtées par une compression directe de la tumeur. mais par une sorte de parésie de l'intestin due à la péritonite.

Procédé de désarticulation de l'épaule, — M. Segond fait un rapport sur un nouveau procédé de désarticulation scapulo-humérale, imaginé par M. Félizet; ce procédé comprend les trois temps suivants:

1° Le bras du malade étant écarté à angle droit, on incise les téguments comme pour la ligature de l'artère axillaire, qui est effectivement liée au-dessous de la naissance des artères circonflexes, puis à partir de l'incision première la peau est coupée sur le pourtour des attaches humérales du deltoïde.

2° Les tissus sont disséqués au ras du squelette.

3° La capsule est coupée aussi bas que possible et l'humérus désarticulé. L'hémostase étant bien assurée, on fait la suture de la plaie.

Ce procédé a l'avantage de former un moignon cutané parfaitement net, dans lequel la cicatrice est rejetée à la partie inférieure, et permet le port facile d'un appareil prothétique.

M. Brun fait un rapport sur une observation de M. Boursier, (de Bordeaux), intitulée : *Rupture ancienne de l'urèthre, cathétérisme rétrograde, uréthrotomie externe; guérison.*

H. M.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 *décembre* 1890

Présidence de M. le Dr Dumontpallier

Paralysie des deux nerfs moteurs oculaires communs d'origine hystéro-traumatique. — M. Debove présente un homme de 35 ans, atteint d'un double strabisme externe dû à la paralysie des nerfs moteurs oculaires communs. Les mouvements d'adduction, d'élévation, d'abaissement du globe oculaire sont nuls. Le releveur de la paupière supérieure a conservé ses mouvements. Les pupilles sont égales, légèrement retrécies, ne réagissent pas à la lumière. L'accomodation est paralysée. Toutefois il n'y a pas ophthalmoplégie, puisque les muscles droits externes sont indemnes. Il n'y a pas non plus paralysie totale du nerf moteur oculaire commun, puisque la branche du releveur, ainsi que les nerfs ciliaires, ne sont pas paralysés.

Cette paralysie ne présente donc pas les allures d'une para-

Digitized by Google

lysie organique normale, mais celles d'un trouble hystéro-traumatique.

En effet, il y a deux ans, cet homme, palefrenier de son état, reçut un coup de pied de cheval sur l'arcade sourcilière droite. Il n'en résulta tout d'abord qu'une plaie qui ne tarda pas à se cicatriser. Mais un mois après il remarqua que la région orbitaire était devenue insensible; l'œil était dévié en dehors, et depuis il a toujours conservé cette position. M. Deboue pense que cette paralysie est de nature hystérique, à cause des signes d'anesthésie cutanée et du rétrécissement du champ visuel. L'anesthésie occupe une partie de la face et de la peau du crâne; le pharynx est également anesthésié. Enfin, il y a quelque mois, une monoplégie incomplète avec anesthésie a subitement frappé le membre supérieur droit, sans qu'il soit possible d'en invoquer une autre cause que l'hystérie. Il semble donc que, chez cet homme, le traumatisme ait éveillé l'hystérie qui s'est manifesté sous les formes de paralysie avec zônes d'anesthésie.

La société se réunit en comité secret pour discuter le rapport de M. Rendu sur les projets de réforme de l'enseignement médical et du concours des hôpitaux.

H. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 décembre 1890
Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

M. Bergeron lit l'éloge de M. Chauffard.

M. Féréol donne lecture des prix décernés en 1890.

Prix de l'Académie. — Question : Des pelades. Un encouragement : 1° 800 francs à M. Germaix, médecin-major au 132e de ligne ; 2° 200 francs à M. Clémenceau de la Loquerie, de Fontenay-le-Comte (Vendée).

Prix Alvarenga. — 1° Un encouragement de 300 francs à M. Loisel, de Tergnier (Aisne), auteur d'un mémoire sur la climatologie et la pathologie de Sainte-Marie de Madagascar ; 2° une mention à M. Laffite, de Paris, pour son travail sur le mal de Bright et les néphrites ; à M. Dezautière, médecin des mines, à la Machine (Nièvre), pour son ouvrage sur les maladies contagieuses et ses recherches sur les leucorrhées.

Prix Henri Buignet. — M. Œchsner de Coninck, de Montpellier, pour ses recherches sur les bases pyridiques, sur les bases quinoléiques et sur les ptomaines. Mentions honorables à MM. Gaube (du Gers), pour ses fragments de chimie biologique animale et végétale ; Jays, de Lyon, pour son Essai sur la mécanique de la coque oculaire.

Prix Capuron. — Question : De l'avortement à répétition et des moyens d'y remédier, à M. Joseph Schuhl, chef de clinique à la Faculté de Nancy.

Prix Civrieux. — Question : Des névrites. M. L. Droz, de Le Locle (Suisse.)

Prix Daudet. — Question : De la leucémie. A partager entre M. Darolles, de Provins ; M. Hector Christiani, de Genève, et Mme Anna Klasson, à Kiew (Russie).

Prix Desportes. — 1,000 francs à M. de Brun, médecin sanitaire à Beyrouth, pour son étude sur l'action thérapeutique du sulfate de cinchonidine.

Un encouragement de 300 francs à M. A. Higolet, de Paris, pour son étude expérimentale sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques du chlorhydrate de cocaïne.

Prix Falret. — Question : Des folies diathésiques. L'Académie décerne le prix au mémoire portant cette dévise, à MM. H. Mabille et E. Lallement, médecins de l'asile d'aliénés de Lafond.

Concours Vulfranc Gerdy. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de France ou de l'étranger, des élèves en médecine nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine.

2,000 francs à M. Gauly, pour son rapport sur les eaux minérales de Salies-de-Béarn, en 1889, et sa mission en 1890, à Bagnères-de-Bigorre ; — 2,000 francs à M. Gresset, pour son rapport sur les eaux minérales de Miers, en 1889, et sa mission, en 1890, à Salins (Jura). — 1,500 fr. à M. Matton, pour sa mission à Saint-Nectaire, en 1890 ; — 1,500 fr. à M. Cathelineau, pour sa mission à Saint-Nectaire, en 1890. — MM. Boutarel et Lamarque ont reçu chacun une récompense de 500 fr. pour leur dernier rapport sur Dax et Hammam-Rhira.

Prix Ernest Godard. — 1° Un prix de 700 francs à MM. Kelsch et Kiener, pour leur traité des maladies des pays chauds. — 2° Une récompense de 300 francs à M. Julien Besançon, pour son ouvrage intitulé : D'une néphrite liée à l'aphasie artérielle. — 3° Mention honorable à M. de Brun, médecin sanitaire à Beyrouth, pour son mémoire sur la fièvre rouge en Syrie. — 4° Mention honorable à M. Eonnet, d'Auray, pour son mémoire intitulé : Alcoolisme chez les jeunes femmes riches et bien élevées de nos campagnes de Bretagne. — 5° Mention honorable à M. Favié, médecin-major, pour son mémoire sur les complications des oreillons dans l'armée.

Prix Herpin. — Question : Traitement abortif de l'anthrax. M. J.-A. Huguenard, médecin-major au 6e hussards, et une mention honorable à M. Paul Godin, médecin-major de 2e classe au 112e de ligne.

Prix de l'hygiène de l'enfance. — Question : De l'éducation des organes des sens, de la vue et de l'ouïe dans la première et la deuxième enfance. Une récompense de 800 francs à M. Liégard (d'Issy-sur-Seine), et de 400 francs à M. Th. Cotelle (d'Angers).

Prix Laborie. — A M. Jonnesco (de Paris), pour son ouvrage : Hernies internes rétro-péritonéales, et un encouragement de 1,000 francs à M. Delbet (de Paris), pour son travail : Du traitement des anévrysmes externes.

Prix Laval. — A l'élève en médecine le plus méritant. — A M. Morestin, interne à l'hôpital Tenon.

Prix Lefèvre. — Question : De la mélancolie. Prix partagé entre M. J. Ramadier, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Vaucluse, et M. Nicoulau, médecin-adjoint à l'asile de Saint-Yon.

Prix Meynot. — Prix partagé entre M. Netter, de Paris, pour ses recherches bactériologiques sur les otites moyennes aiguës, et M. L. Goguillot, pour son ouvrage intitulé : Comment on fait parler les sourds-muets.

Prix Adolphe Monbinne. — Encouragement de 1,000 francs à Paul Loye, pour son mémoire sur l'enseignement de la médecine légale en Allemagne et en Autriche-Hongrie ; de 500 francs à M. Félix Lagrange, professeur à la Faculté de Bordeaux, pour son travail sur la pathologie des Européens à Hué (Annam).

Prix Portal. — 800 francs. (Annuel). — Question Du mal perforant. A M. H. Bernard, médecin à la Ruche.

Prix Pourat, — Question ; Déterminer par des expériences précises s'il existe un ou plusieurs centres respiratoires. A M. H. Girard, de Genève (Suisse).

Prix Perron. — Un prix de 1000 francs est décerné à M. Roussy, de Paris, pour ses recherches expérimentales sur la pathogénie de la fièvre ; à M. Gréhant, de Paris, pour ses recherches de physiologie et d'hygiène sur l'oxyde de carbone et sur l'acide cyanhydrique, à M. Gautrelet, de Paris, pour son ouvrage intitulé : Urines. Application de l'analyse urologique à la séméiologique médicale, à M. Raphaël Blanchard, de Paris, pour son traité de zoologie médicale.

Mentions honorables : à M. Duponchel, professeur agrégé au Val-de-Grâce, pour son Traité de médecine légale militaire. M. Boinet, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier et

Digitized by Google

M. Rœser, pharmacien-major à l'hôpital militaire de Versailles, pour leur mémoire intitulé : Recherches cliniques, microbiennes et expérimentales sur la bactériothérapie.

Prix Saint-Paul. — 1° Un prix d'encouragement, de la valeur de 2000 francs, à M. Gaucher, de Paris, pour ses travaux sur le Traitement de l'angine diphtéritique ; 2° Une mention honorable à M. Gilbert, de Genève, pour son mémoire sur le Traitement de la diphtérie et du croup.

Prix Stanski. — A M. Frédéric Bordas et M. Burlureaux, professeur agrégé au Val-de-Grâçe, pour leur Essai de classification des maladies contagieuses.

Prix Vernois. — Entre M. A.J.-Martin, de Paris, pour son ouvrage intitulé : Des épidémies et des maladies transmissibles dans leurs rapports avec les lois et règlements; MM. H.Polin, médecin-major de 2e classe au 21e régiment de dragons, et H. Labit, médecin-major de 2e classe au 85e régiment d'infanrie, pour leur Etude sur les empoisonnements alimentaires (microbes et ptomaines). M. Fernand Lagrange, de Limoges, auteur d'un travail sur la Physiologie des exercices du corps.

Mention honorable à M. Ravenez, médecin-major à l'école de cavalerie de Saumur, pour son travail : La vie du soldat au point de vue de l'hygiène.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

En reproduisant, sous cette rubrique, des extraits de la presse médicale, le **Journal des Praticiens** *a pour but de renseigner impartialement ses lecteurs. Il réserve donc formellement la liberté de ses appréciations et l'indépendance de sa critique.* N.D.R.

En revenant de Berlin. — *Les impressions d'un voyageur à la recherche de la lymphe.* — Extrait de l'avant-dernier numéro du *Progrès médical,* sous la signature d'un de ses rédacteurs, M. le Dr Baratoux :

Les médecins qui détiennent le remède ne se doutaient pas de l'affluence considérable des docteurs qui seraient venus à Berlin ! Nous sommes plus de 1,500. Koch est innocent, je veux bien le croire. Mais pourra-t-on empêcher tous les médecins de supposer que le tube vendu 25 marks — et refusé même aux étrangers — n'est pas la possession d'une Société commerciale ? A cela, Koch a répondu, à l'un de ses anciens élèves, qu'en ce moment il ne publiait pas la composition de son remède tout simplement parce qu'il voulait encore faire des expériences dans un autre ordre d'idées, autre chose que la tuberculose pulmonaire et articulaire et le lupus. Eh quoi, voilà un remède qui non seulement est suffisant pour être employé dans les cliniques de Kœhler, Bergmann, Senator, Fraenkel, Ewald, mais aussi dans les polycliniques de Lœwy, de Cornet, de Krause ! et bien plus dans la maison de santé d'Oppenheimer et dans les hôtels, entre autres l'hôtel Central, et qui est refusé aux médecins venus ici !

Voilà où le côté commercial se découvre. Des hôtels ont été loués pour l'exploitation des étrangers. Ici, à l'hôtel Central, où je suis descendu, tout le deuxième étage est rempli de tuberculeux. Qu'on ne dise pas que cela n'est pas vrai. J'ai vu, de mes yeux vu, les malades en pleine réaction auxquels on prenait la température. . . . . .

Voici l'histoire qui m'est arrivée hier soir avec le Dr Toison, de la Faculté de Lille, et le Dr de Crésantignes, de Paris. Une femme que j'avais vue dans l'après-midi, en ville, m'avait assuré que M. Cornet venait tous les soirs à l'hôtel Central. Je m'informe, et j'apprends que M. Cornet est dans la deuxième salle à droite du corridor allant au Jardin d'hiver, lieu de concert, les Folies-Bergère de l'endroit, attenant à l'hôtel.

Je trouve à la porte un groom qui me répond que M. Cornet fait une démonstration. J'entre, suivi de mes deux confrères : j'aperçois tout d'abord, au milieu de la pièce, une table avec un plateau, plusieurs verres et une carafe. A un coin de la table est un monsieur très grave, un cahier de température et d'observations à la main ; j'allais m'avancer vers lui, le prenant pour un assistant, afin de lui présenter ma carte, lorsque mon groom me remet trois petits parchemins analogues à ceux qui servent à mettre l'adresse sur les colis du chemin de fer. J'y lis successivement 25, 26, 27. Je demande à un monsieur placé près de moi ce que cela veut dire : il me répond que j'ai les numéros 25, 26, 27. Je regarde ce monsieur : c'était un tuberculeux ; tout le monde dans la salle était tuberculeux. On nous avait pris pour des clients. Il n'était que 7 h. 3/4 et il y avait déjà 27 malades. Jugez si à 10 heures il avait dû en passer. . .

Ce que j'écris ici n'est pas seulement mon opinion ; c'est aussi, je crois, celle de nos confrères : Drs Cuffer, Thibierge, médecins des hôpitaux, Léon Petit, Toison, Maritan, et aussi de nombreux confrères belges et français.

Une appréciation du remède de Koch. — Elle est de notre distingué confrère bordelais, M. Masse, dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* du 14 courant :

Le remède de Koch est très actif, c'est incontestable ; il est possible qu'il y ait là un moyen thérapeutique utilisable plus tard dans certaines circonstances, mais avec de grandes précautions et combiné avec d'autres moyens.

Il faut donc renoncer à l'illusion des premiers jours, où ce médicament nous était présenté comme un baume de fier-à-bras absolument radical et infaillible. Il y aura encore des tuberculeux à soigner, mais nous aurons peut-être un moyen de plus à employer contre la tuberculose dans notre arsenal thérapeutique.

INFORMATIONS

PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — **Prix proposés pour l'année 1891** Les concours seront clos fin février 1891). — *Prix de l'Académie.* — Question : De la part de l'air dans la transmission de la fièvre typhoïde.

Prix Alvarenga de Plauhy. — A l'auteur du meilleur mémoire ou œuvre inédite sur une branche de la médecine.

Prix Barbier. — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc.

Prix Henri Buignet. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les applications de la physique et de la chimie aux sciences médicales.

Prix Capuron. - Question : De l'action des eaux salines sur les fibrômes utérins.

Prix Civrieux. — Question : Des rémissions dans la paralysie générale des aliénés.

Prix Daudet. — Question du traitement chirurgical du goitre et de ses conséquences immédiates ou éloignées.

Prix Desportes. — A l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Prix Itard — A l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Prix Laborie. — A l'auteur du travail qui aura fait avancer la chirurgie.

Prix Laval. — A l'élève en médecine le plus méritant.

Prix Meynot. — A l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

Prix Nativelle. — A l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

Prix Oulmont. — A l'élève en médecine qui aura obtenu la médaille d'or au concours de l'Internat (médecine).

Prix Portal, — Question : Anatomie pathologique des érysipèles.

Digitized by Google

Prix Pourat. — Question : De la tension sanguine intra-vasculaire.

Prix Vernois. — Au meilleur travail sur l'hygiène.

Prix pour l'année 1892. — *Prix de l'Académie.* — Question : Phénomènes circulatoires, thermiques et chimiques de la contraction des muscles striés.

Prix Henri Buignet. — 1,500 fr.

Prix Adrien Buisson. — A l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies incurables.

Prix Capuron.—Question : De la phlegmatia alba dolens au point de vue obstétrical.

Prix Civrieux. — Question : Etablir, par des recherches cliniques et anatomo-pathologiques, la nature des pseudo-paralysies saturnine et alcoolique.

Prix Daudet. — Question : Leucoplasie buccale.

Prix Desportes. — A l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale.

Prix Fairet.— Question : Accidents nerveux de l'anémie.

Prix Huguier. — 3,000 francs (Triennal).

Prix Louis. — Question : de l'eau froide dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Prix Mège. — Des saignées locales.

Prix Orfila — Question : Existe-t-il dans l'air, dans l'eau ou dans le sol, des corps de nature animée ou purement chimiques, aptes à développer l'impaludisme, lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale ?

Prix Pourat. — Question : Déterminer expérimentalement le mode de contraction et d'innervation des vaisseaux lymphatiques.

Prix Portal. — Question : Anatomie pathologique du corps thyroïde.

Prix proposés pour l'année 1893.—*Prix de l'Académie.* — Question: Des origines et des modes de transmission des cancers.

Prix Capuron. — Question : De l'influence des maladies de la mère sur le fœtus et réciproquement des maladies du fœtus sur l'état de santé de la mère.

Prix Civrieux. — Question : Des troubles de l'intelligence dans la fièvre typhoïde.

Prix Daudet. — Question : Des parotidites.

Prix Lefèvre. — Question : De la mélancolie.

Prix Portal. — Question : Les luxations congénitales de la hanche.

Prix Pourat — Question : Déterminer à l'aide de l'expérimentation et de la physiologie pathologique le rôle du pancréas dans la glycogénie et de la glycosurie diabétique.

Récompenses aux médecins de l'hygiène de l'enfance. — Les récompenses suivantes sont accordées aux travaux et aux médecins du service de l'hygiène de l'enfance :

1° *Médaille d'or* à M. Lédé, de Paris.

2° *Médaille de vermeil* à M. Rouvier, professeur à l'École de médecine de Beyrouth.

3° *Rappels de médailles de vermeil* à MM. Blanche, à Paris, Jenot, à Dercy (Aisne) et Sutils, de La Chapelle-la-Reine.

4° *Médailles d'argent* à MM. Bournet, d'Amplepuis ; Denizet, de Château-Landon, et Mazade (des Bouches-du-Rhône).

5° *Rappels de médailles d'argent* à M. Carassus, de Milly.

ÉTRANGER

Allemagne. — Dixième Congrès de médecine interne. — Ce Congrès se tiendra à Wiesbaden du 6 au 9 avril 1891.

NOUVELLES MILITAIRES

Nominations dans le corps de santé de la marine. — *A l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe* : MM. les Drs Hennequin, Hervé et Renault.

Nominations dans le corps de santé militaire. — *Au grade d'aide-major de 2e classe* : MM. les stagiaires Rouget, Moingeard, Patte, Chabrut, Labougle, Friant, Braün, Courtet, Zumbiehl, Patris de Broët, Biscons, Blum, Sibut, Bonnet, Deceaux, Chambaud, Spillmann, Maré, Fromont, Iversenc, Vialancix, Lespinasse, Georges, Pichon, Ausset, Baissas, Lovy, Merlat, Busquet, Roy, Lucy, Teissier, Cuvillier, Thomas, Vuillaume, Brico, Vielle, Alix, Duron, Vigneron, Martin, Franquet, Mauroux, Manceau, Fagot, Cousin, Dodieau, Giraud, Ferrand, Pouy, Glorget, Sendral, Althoffer, Bourguedieu, Payerne, Beaujean, Vèzes, Demery, Rougier, Austric, Leclercq, Cultin, Lafaye, Boursiac, Amat, Grémillon, Larrieu, Louët, Thooris, Barré, Darricarrère, Albert, Malafosse, Poureur, Deumier, Moutet, Maturié, Cadet, Laporte, Cauvet, Faivre.

VARIÉTÉS

Les empoisonnements aux Indes. — Pendant l'année dernière, les experts du gouvernement à Bombay ont eu à se prononcer sur 170 cas suspects. Dans 66 on découvrit le poison : 33 fois il s'agissait de l'arsenic, 20 fois de l'opium, 5 fois de verre pulvérisé, 3 fois du datura, 3 fois du mercure et 2 fois de la noix vomique. L'arsenic est le toxique préféré par les empoisonneurs du pays, qui l'administrent dans les aliments.

Action désinfectante du blanchiment des murs par le lait de chaux. — D'après la *Revue Scientifique*, les recherches de M. Giaxa, à l'Institut d'hygiène de l'Université de Pise, le lait de chaux agit sur divers microbes pathogènes, mais non pas sur tous.

L'auteur stérilisait d'abord une surface donnée d'une muraille avec une grosse flamme de gaz, puis il y répandait un des bouillons de culture des microbes ci-dessus, ou encore du sang ou des crachats infectés, et enfin il en opérait le badigeonnage, par moitié, avec un lait de chaux à 20 ou 30 pour 100, ce dernier ayant le maximum de densité compatible avec une opération de cette nature. Après vingt-quatre heures, la surface ainsi traitée ayant été protégée par un châssis ouaté, on en lavait une partie avec une éponge stérilisée, qui servait à ensemencer des plaques.

M. de Giaxa a constaté que les spores du charbon, les bacilles de la tuberculose et ceux du tétanos, résistent à l'action du badigeonnage, et que leur virulence n'en est pas modifiée, alors même que cette action est prolongée et répétée. Par contre, les microbes du typhus et du choléra sont détruits par l'action du lait de chaux et dans des conditions telles qu'un blanchiment des murs au lait de chaux à 50 pour 100 (typhus) ou à 20 pour 100 (choléra) devra être considéré comme suffisant pour désinfecter les locaux dans lesquels auront stationné des typhiques ou des cholériques. Pour la destruction du *staphyloccus pyogenes aureus*, il faut une action prolongée de la chaux, et le blanchiment des murs des hôpitaux, par exemple, devrait être répété deux fois, avec un lait de chaux à 50 pour 100.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Talon et Debray, anciens médecins militaires.

En Autriche : M. le Dr Salzer, professeur de chirurgie à la Faculté de Vienne.

En Angleterre : M. le Dr Corley, professeur au Collège des chirurgiens de Dublin.

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE N° 52 24 DÉCEMBRE 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, CHAPUT, DEMELIN, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

Avis. — *En raison des nombreux abonnements expirant le 31 décembre prochain, l'administration de la* REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE *prie instamment ses souscripteurs de lui faire parvenir au plus tôt le montant de leur renouvellement.*

Prime à nos abonnés. — A ceux de nos *abonnés anciens ou nouveaux* qui désirent se procurer les **Mementos thérapeutiques des praticiens**, nous rappelons que, en leur faveur, le prix de ce volume est :

De 2 fr. 50 livré dans nos bureaux ;

Et de 3 fr. 25 à domicile (franco de frais d'expédition et de poste).

Ce volume in-18 et cartonné, de 450 pages environ (et non de 350 comme il avait été annoncé par erreur), se vend 5 francs en librairie.

Indispensable aux praticiens, dont il est le vademecum, rédigé par des médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux de Paris, et complété par un FORMULAIRE RAISONNÉ, il répond bien au programme que la REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE poursuit plus que jamais.

De la pratique, encore de la pratique, toujours de la pratique.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Traitement des maladies de l'hypertension artérielle (1),

par M. le Dr HENRI HUCHARD.
Médecin de l'hôpital Bichat

MALADIES PAR MODIFICATIONS DE LA TENSION ARTÉRIELLE. — HYPOTENSION *artérielle; ses dangers, ses rapports avec le collapsus cardiaque dans la fièvre typhoïde ; son traitement. — Syndrôme de l'embryocardie.*

HYPERTENSION *artérielle Son traitement.* — A. Il faut la combattre dans ses causes : *Régime alimentaire. Diminution des boissons et diète sèche; suppression des boissons excitantes, des viandes faisandées, etc. Dangers résultant de l'emploi prolongé des agents vaso-constricteurs et tenseurs de la pression vasculaire (seigle ergoté, belladone, atropine, tabac, etc.) Thérapie cutanée.* — B. Il faut combattre la tension artérielle dans ses conséquences : *Médicaments artériels vaso-constricteurs et vaso-dilatateurs. Les médicaments cardiaques, agents de soutien du cœur ; les médicaments artériels, agents de soulagement du cœur : iodures, nitrites, nitroglycérine, veratrum viride. Action indirecte de la médication artérielle sur le cœur; iodures de potassium, de sodium, d'amyle. Action eupnéique de ce dernier. Action nocive de l'administration prolongée de l'iodure potassique (accidents toxiques, asystolie iodique). Bons effets de l'iodure de sodium à petites doses. — Prescriptions et formules. Association de la spartéine ou du strophantus à l'iodure dans les cardiopathies artérielles avec tendance hyposystolique. Dangers de l'administration prolongée du chloral associé aux iodures dans les cardiopathies artérielles. Emploi de la caféine. Action de la saignée sur la tension artérielle.*

CONCLUSION : *Traitement de l'hypertension artérielle, prophylaxie de ses maladies (artério-sclérose), cardiopathies et néphrites artérielles, angine de poitrine, etc.*

L'étude que je poursuis depuis près de six ans sur cette question éminemment clinique de la tension artérielle dans les divers états morbides, doit avoir une sanction thérapeutique. Elle m'a déjà permis de créer une grande classe de maladies que l'on peut appeler : *maladies par modifications de la tension artérielle.*

En dehors des cardiopathies (caractérisées par leur tendance à l'hypertension vasculaire lorsqu'elles sont artérielles, et au contraire par la tendance à l'hypotension lorsqu'elles sont simplement valvulaires), il existe un certain nombre de maladies infectieuses dans lesquelles l'abaissement de la pression intra-vasculaire est la règle comme dans la fièvre typhoïde, dans certaines pneumonies infectieuses et dans la grippe. Quelquefois, l'hypotension artérielle constitue un danger formidable qui se traduit par l'apparition solennelle et dramatique du collapsus cardiaque ; dans ces cas, on voit survenir le syndrôme que j'ai étudié et désigné sous le nom d'*embryocardie* (rythme fœtal des bruits du cœur) et qui marque la limite extrême à laquelle peut tomber la pression vasculaire. Fort de cette pathogénie, j'ai pu, par des injections répétées de caféine, d'éther et d'ergotine, ramener à la vie, des malades sur le point de succomber aux accidents si graves et si peu compris du collapsus cardiaque.

Quant aux maladies de l'hypertension que j'ai seulement en vue aujourd'hui, elles sont tributaires d'une autre thérapeutique. Il faut combattre cette hypertension dans ses causes ou dans son mode de production, et surtout dans ses conséquences.

A. *Il faut la combattre dans ses causes*, et c'est ici que l'hygiène et le régime alimentaire prennent une grande importance.

Prescrivez beaucoup de laitage dans l'alimentation, la diminution des boissons et surtout la suppression de toutes celles qui sont excitantes, du thé, du café, des liqueurs, du vin pur ; la suppression des aliments qui renferment plus au moins de ptomaïnes comme les poissons, les viandes faisandées et peu cuites, les fro-

(1) (Voir, pour l'étiologie et la description de ces maladies, la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* (1890, nos 36, 38 et 39).

Digitized by Google

mages faits, la charcuterie, le gibier dont la viande est d'autant plus toxique que l'animal a été davantage surmené par la course et la chasse.

La réduction des boissons a une très grande importance ; car, lorsque celles-ci sont prises en trop grande abondance, elles ont pour résultat de produire une sorte de pléthore vasculaire qui aboutit forcément à l'hypertension artérielle.

« Tous, nous buvons trop, a dit Œrtel ; la proportion habituelle de nos boissons dépasse de beaucoup la quantité nécessaire aux échanges nutritifs ; jamais nous ne les réglons sur nos dépenses.» C'est pour cette raison, que dès l'année 1886, à propos des bons effets du régime sec dans les maladies de l'estomac, je m'exprimais déjà en ces termes:

» La diète sèche est encore applicable, comme j'espère pouvoir le démontrer un jour, à d'autres affections *caractérisées surtout par l'excès de tension artérielle* chez les athéromateux, chez les individus atteints de néphrite interstitielle, d'affections aortiques, de certaines angines de poitrine avec élévation plus ou moins considérable de la pression vasculaire, chez ceux qui sont prédisposés aux hémorrhagies diverses, aux congestions ou aux hémorrhagies cérébrales, aux épistaxis, etc.» (1)

La *quantité* de boissons peut donc conduire à l'hypertension artérielle et à ses conséquences, et c'est pour cela qu'il faut restreindre cette quantité dans toutes les maladies de l'hypertension que j'ai déjà étudiées et principalement dans l'artério-sclérose, les cardiopathies de la puberté et de la ménopause, chez les goutteux, et même dans le goître exophtalmique qui peut être, contrairement à l'opinion commune, une conséquence de l'hypertension artérielle, comme M. Liégeois (de Bainville aux-Saules) l'a démontré (2).

On peut encore ajouter que nous mangeons trop, et l'abus que nous faisons de la viande, et surtout de la viande mal cuite ou faisandée, conduit vraisemblablement au même résultat. Toutes ces causes peuvent aboutir à l'artério-sclérose en produisant une sorte de *surmenage artériel*.

Vous devez encore employer avec circonspection les médicaments qui ont pour effet d'élever la pression vasculaire ou de produire la vaso-constriction. Dans ce nombre se placent le seigle ergoté, l'atropine et la belladone, etc. Quant aux médicaments cardiaques, aux préparations de digitale en particulier, on ne doit jamais en abuser quoique la digitale porte en elle-même son correctif, par la diurèse qu'elle détermine en abaissant la pression artérielle après l'avoir d'abord élevée. Mais il faut, surtout et avant tout, supprimer l'usage du tabac qui détermine la vaso-constriction, l'hypertension artérielle, et peut conduire à l'artério-sclérose.

(1) Du régime sec dans les maladies de l'estomac et principalement dans la dyspepsie des liquides. (*Société de thérapeutique.*)

(2) Liégeois. Les traitements du goitre exophtalmique. *Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1887.

La *qualité* des boissons a aussi une grande influence sur la production de l'hypertension artérielle, et c'est ainsi que pour combattre ou prévenir celle-ci, il faut proscrire l'usage de l'alcool, des boissons spiritueuses, etc. (1).

Comme l'hypertension s'accompagne le plus souvent d'un état spasmodique de tout le système artériel, il faut aussi veiller au fonctionnement de la peau, combattre la tendance aux algidités périphériques, et pour cela, prescrire des bains fréquents, du massage, des frictions sèches sur le tronc et sur les membres.

B. — *Il faut combattre l'hypertension artérielle dans ses conséquences.* C'est ici que le traitement médicamenteux fait son apparition, et qu'il faut avoir recours aux médicaments possédant une action spéciale sur le système vasculaire et que, pour cette raison, j'ai appelés du nom de *médicaments artériels*. Ceux-ci sont de deux sortes :

a) Les uns agissent en produisant la vaso-constriction et l'augmentation de la tension artérielle.

Dans cette catégorie de médicaments artériels *vaso-constricteurs*, se placent : l'ergot de seigle, la belladone, la jusquiame, l'hydrastis canadensis, les bromures, la cocaïne, la strychnine, etc. (2).

b) Les autres médicaments artériels, parmi lesquels il faut citer les iodures, les nitrites, la nitro-glycérine et peut-être le *veratrum viride* (d'après Liégeois) agissent en déterminant la vaso-dilatation et l'abaissement de la tension artérielle. C'est là une action complexe fort importante que mes expériences avec M. Eloy ont révélée il y a quatre ans. Donc, si les médica-

(1) Tout dernièrement, S. Patts Eagleton (*Université médical Magazine*) septembre 1890), a démontré par de nouvelles expériences l'action de l'alcool sur le pouls et sur la tension artérielle. Il injecte dans la veine jugulaire d'un chien de l'alcool en solution à 25 0/0. Après avoir démontré que la section de la moelle cervicale et des nerfs vagues n'a aucune influence sur les résultats de l'expérience, il en conclut que l'alcool agit *directement* sur le muscle cardiaque; les solutions *faibles* d'alcool augmentent la tension artérielle et les contractions cardiaques. Les solutions *fortes* l'élèvent et l'abaissent ensuite en accélérant le pouls. Les doses *toxiques* abaissent d'emblée la pression vasculaire.

(2) Au sujet de la strychnine, qui est le type des poisons convulsivants, Richter a cru voir, en 1863, qu'elle détermine une augmentation considérable de la tension artérielle et une forte contraction des vaisseaux de la membrane interdigitale des grenouilles en expérience. Sigmund Mayer partage cette opinion qui n'est pas acceptée par Vulpian. Pour lui, la strychnine n'agit pas d'une façon spéciale sur les vaso-moteurs et sur le centre vaso-moteur. Il s'agirait simplement d'un resserrement *réflexe* d'un grand nombre de vaisseaux périphériques, resserrement réflexe provoqué par les stimulations excito-motrices de la substance grise bulbo-médullaire modifiée par cet agent toxique. En voici la preuve : à un chien chloralisé on injecte de la strychnine au bout de vingt minutes. Or, la pression artérielle ne change pas, et cependant l'excitation des vaso-moteurs peut produire des constrictions vasculaires chez les animaux chloralisés. Si la strychnine déterminait une excitation directe des centres vaso-moteurs, on devrait observer chez cet animal strychnisé une élévation de la pression vasculaire. Or, si ce resserrement ne se produit pas, c'est parce que le chloral abolit la réflectivité vaso-motrice de la moelle.

Digitized by Google

ments cardiaques (digitale, strophantus, caféine, etc.) agissent comme *soutiens* du cœur en tonifiant directement le myocarde et en élevant la tension vasculaire, les médicaments artériels se comportent comme des agents de *soulagement* du cœur (Eloy). Ils agissent indirectement sur l'organe central de la circulation, et en favorisant ou en facilitant son travail par l'abaissement de la tension artérielle, la dilatation vasculaire et la diminution consécutive des obstacles périphériques. Ils activent encore l'irrigation sanguine des parois du myocarde en produisant la dilatation des coronaires. Ils possèdent également une action spéciale sur les parois artérielles, ce qui rend compte (avec l'abaissement de la pression vasculaire) des améliorations et des guérisons des anévrismes aortiques *non syphilitiques* au moyen de la médication iodurée (1).

Parmi les iodures, citons ceux de potassium, de sodium et d'amyle.

a) — L'*iodure de potassium* est considéré par quelques auteurs comme le plus actif, ce qui n'est pas encore démontré. Mais, à la longue, il peut être dangereux pour le cœur et pour le rein : pour le cœur, en raison de l'action novice des sels de potassium sur les muscles en général, et sur le myocarde en particulier ; pour les reins, en raison du défaut d'élimination des sels de potassium, ce qui expose aux dangers de la *potassiémie* (Feltz et Ritter), surtout dans les cardiopathies artérielles, caractérisées souvent par un degré plus ou moins accusé d'insuffisance rénale.

L'*iodure de sodium* est un médicament aussi actif (peut-être plus actif par la quantité supérieure d'iode qu'il contient), plus assimilable, moins dangereux que l'iodure de potassium, auquel il doit être préféré, surtout dans les cas où la médication iodurée doit être longtemps continuée.

L'*iodure d'amyle* est un médicament qui peut rendre des services et que j'ai utilisé en inhalations contre la dyspnée des cardiopathes-artériels atteints d'hypertension artérielle. A ce titre, son action est de beaucoup supérieure à l'iodure d'éthyle et à la pyridine dont l'influence eupnéique est infidèle ou hypothétique.

Lorsque les malades présentent simplement de l'hypertension artérielle (en l'absence de lésions vasculaires ou avec des lésions peu accentuées), il faut employer d'une façon presque continue (pendant vingt jours chaque mois) l'iodure de potassium ou plutôt de sodium à *petites doses*. Voici la formule très simple que j'emploie d'ordinaire :

Iodure de potassium (ou plutôt de sodium).	2 à 5 grammes.
Eau distillée.....	100 grammes

A prendre, à chaque repas, une cuillerée à café, dans un peu d'eau sucrée, dans du lait, ou encore dans de la bière qui diminue l'amertume et le goût désagréable du médicament (chaque cuillerée à café représente 0,10 à 0,25 centigr. d'iodure).

Quand, au contraire, l'artério-sclérose est constituée, il y a lieu de prescrire des doses plus fortes d'iodure, d'après cette formule :

Iodure de sodium.....	10 à 20 grammes
Eau distillée.....	300 grammes

Prendre une cuillerée à soupe à chaque repas (chaque cuillerée représentant 0,50 centigr. ou 1 gramme d'iodure). Cette dose peut être portée progressivement dans les cas graves (anévrysmes, angine de poitrine vraie, etc.) à 3, 4, et même 5 à 6 grammes d'iodure).

Souvent, par suite d'une idiosyncrasie toute particulière dont la cause est encore mal connue, la médication iodurée est mal tolérée par les malades. Il faut se rappeler, à ce sujet, que les iodures sont parfois mieux supportés à haute dose, probablement parce qu'alors ils ont des effets plus diurétiques. Lorsque cette tolérance ne s'établit pas, on peut avoir recours aux *lavements* d'iodure de potassium ou de sodium, d'après cette formule :

Iodure de potassium (ou de sodium).....	3 grammes.
Eau	200 —
Extrait thébaïque.....	0.02 centigr.

Dans les mêmes cas d'intolérance gastrique, on peut encore avoir recours par la voie stomacale, au sirop *iodotannique* (2 à 3 cuillerées à soupe par jour) ou encore à la *teinture d'iode* (10 à 20 gouttes dans un peu de vin de Malaga avant les repas). Enfin, dans le même but d'assurer la tolérance du médicament, il faut avoir soin de prescrire avec lui des diurétiques, du laitage, de la teinture de scille à la dose de 10 à 20 gouttes dans chaque cuillerée de solution iodurée (1).

Mais, l'emploi trop prolongé et continu des iodures, et de l'iodure de potassium en particulier peut, à la longue (surtout chez les malades atteints de cardiopathies artérielles diverses), aboutir à un véritable état asystolique que j'ai étudié et décrit sous le nom d'*asystolie iodique* en l'opposant à l'*asystolie digitalique* provoquée par l'abus de la digitale (2). Ce résultat est facile à comprendre, puisque les iodures abaissent la tension

(1) Un de nos anciens internes, M. Binet (de Genève) vient, à nouveau, d'étudier l'action des iodures sur la tension artérielle. D'après lui, les expériences ne permettent pas d'attribuer à l'iode et aux iodures une influence bien manifeste sur la pression quand ils sont ingérés à dose faible, non toxique, et par voie stomacale, dans les conditions physiologiques. « On ne saurait nier cependant, ajoute-t-il, les heureux effets du traitement ioduré dans l'artério-sclérose et certaines cardiopathies. Il est possible qu'une *pression pathologiquement* modifiée soit plus accessible à l'action des iodures. » (*Revue méd. de la Suisse Romande*, août 1890).

J'ai soutenu la même idée à la Société de thérapeutique lorsque je comparais cette année, l'action *différente* des médicaments à l'état sain ou à l'état pathologique. (Voir: *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1890, n° 34).

(1) Voir tous les principes relatifs à l'administration des iodures dans les aortites, l'artério-sclérose en général, l'artério-sclérose du cœur et du rein, l'angine de poitrine vraie, etc., dans mes *Leçons de thérapeutique et de clinique médicales de l'hôpital Bichat*, (p. 18, 19, 102, 146, 297, 324, 661, 667, 675, 678 et 767).

(2) L'abaissement *continu* de la tension artérielle par certains médicaments, peut même déterminer de l'albuminurie, comme je l'ai démontré dans le travail suivant : *L'Albuminurie des morphinomanes et l'action de la morphine sur la tension artérielle.* (Soc. méd. des hôpitaux, 9 mai 1890). C'est pour cette raison qu'il faut avoir soin d'interrompre toujours pendant 8 à 10 jours chaque mois, la médication iodurée.

Digitized by Google

vasculaire; ils doivent donc être employés avec une certaine réserve, dès que les cardiopathies artérielles sont arrivées à la période hyposystolique. Dans ces cas, la médication iodurée peut encore être continuée à petite dose, en ayant soin d'y ajouter un tonique du cœur. On ne peut pas penser ici à la digitale, parce que cette médication doit être longtemps continuée, et qu'on s'exposerait ainsi, en raison du pouvoir accumulatif de ce médicament, à des accidents d'intolérance. Il faut avoir recours à des toniques cardiaques, agissant *directement* sur le myocarde pour le fortifier, et pouvant, sans crainte d'effets accumulatifs, être administrés pendant un temps plus ou moins long. Dans cette catégorie de médicaments cardiaques se placent la spartéine et le strophantus, et dans les cardiopathies artérielles avec tendance à l'hyposystolie, je recommande l'emploi des formules suivantes, (la spartéine et le strophantus devenant ainsi, par leur action toni-cardiaque, des correctifs de l'action dépressive exercée à la longue par les iodures sur les contractilités cardiaque et artérielle):

a) Eau distillée..... ... 100 grammes
Iodure de sodium..... 2 à 5 grammes
Sulfate de spartéine..... 0 20 à 0 50 centigr.

Une cuillerée à café au commencement de chaque repas.

b) Eau distillée..... 100 grammes
Iodure de sodium ..... 2 à 5 grammes
Extrait de strophantus... 0 01 centigramme

Une cuillerée à café deux ou trois fois par jour (chaque cuillerée renfermant 0,10 à 0,25 centigr. d'iodure et un demi-milligramme d'extrait de strophantus). Cette préparation peut être employée avec avantage dans certains cas de *dyspnée cardiaque*. L'association du strophantus est bonne en ce sens que ce dernier médicament a une action réelle sur les troubles *fonctionnels* des maladies de cœur, et surtout sur la dyspnée. Mais le strophantus ayant une saveur amère très désagréable dans les solutions, il est encore préférable de le prescrire avec la solution iodurée, sous forme de granules d'extrait de strophantus à 1/2 ou à un milligramme.

Pour combattre encore la tendance à l'hyposystolie, dans les cardiopathies artérielles, on peut, de temps en temps, toutes les trois semaines ou tous les mois, par exemple, prescrire pendant un jour seulement 20 à 30 gouttes de la solution de digitaline cristallisée au millième de Petit-Mialhe; ou encore pendant les dix jours de la suspension mensuelle de la médication iodurée, on peut prescrire la caféine d'après cette formule:

Caféine ..... } àà 5 grammes
Benzoate de soude... }

Pour 20 cachets. Prendre 3 à 4 cachets par jour au moment des repas.

Dans les cas de dyspnée *cardiaque* due à l'affaiblissement du myocarde (car il ne faut pas oublier que le traitement de la dyspnée des cardiopathies n'est pas univoque, puisque cette dyspnée peut être de nature différente, d'origine *pulmonaire*, *rénale* ou *toxique*), dans ces cas, dis-je, on commet souvent un non-sens physiologique en prescrivant trop souvent le chloral, ou encore en l'associant à la médication iodurée; car le chloral a pour résultat d'aggraver encore les effets de dépression cardiaque produits par l'iodure de potassium: il abaisse la tension artérielle, détermine la vaso-dilatation par parésie vasculaire, et donne lieu, à la longue, à l'affaiblissement du myocarde.

L'*iodure d'amyle*, médicament peu connu encore et que j'emploie depuis plusieurs années en *inhalations* contre la dyspnée cardiaque, doit être prescrit de la façon suivante:

Iodure d'amyle .... 20 grammes

En inhalations contre la dyspnée. Il suffit de déboucher le flacon qui renferme cet iodure, et d'en respirer ainsi les vapeurs pendant quelques minutes.

Parfois, l'association du chloroforme à l'iodure d'amyle a pour résultat d'augmenter les effets eupnéiques de ce dernier. Voici la formule que j'emploie:

Iodure d'amyle..... 25 grammes
Chloroforme..... 5 —
En inhalations.

b). — Les *nitrites* sont des médicaments vaso-dilatateurs et des dépresseurs puissants de la tension artérielle.

Parmi eux, c'est le *nitrite d'amyle* qui est le plus actif (en inhalations à la dose de 4 à 8 gouttes, surtout contre les accès d'angine de poitrine). Sous son influence, la face se congestionne, rougit et devient vultueuse, l'impulsion cardiaque devient plus forte et plus rapide, les artères carotides et temporales battent avec violence, le pouls radial s'accélère et présente un dicrotisme assez marqué; enfin, la tension artérielle diminue d'une façon très notable.

La *nitroglycérine*, que j'appelle *trinitrine*, s'administre par les voies gastrique ou sous-cutanée. Par la voie gastrique, je la prescris à la dose quotidienne de six à douze, et même vingt gouttes de la solution alcoolique au centième. On peut formuler ainsi:

Eau distillée ..... 300 grammes
Solution alcoolique de trinitine au 100e, XXX ou LX gouttes.

Prendre deux à six cuillérées à soupe par jour. Six cuillerées de la solution à soixante gouttes représentent 18 gouttes de trinitine, ce qui est une dose *forte*, mal souvent supportée par les malades. Du reste, il y a lieu d'augmenter progressivement les doses, et de diminuer celles-ci dès que les symptômes congestifs de la face s'accusent, et dès que surviennent les douleurs de tête, sorte de céphalalgie *pulsatile*, en coup de marteau.

En injections sous-cutanées, voici la formule qu'il faut employer dans les cas urgents où une action rapide du médicament s'impose:

Eau distillée ..... 10 grammes
Solution alcoolique de trinitrine au 100e XL gouttes.

Injecter un quart de seringue ou une demi-seringue deux à quatre fois par jour.

La trinitrine est un médicament de valeur qui, à la dose de 10 à 12 gouttes, n'offre aucun danger. Murrell (de Londres) l'a préconisée dans le traitement de l'angine de poitrine, et j'ai pour habitude de la prescrire pendant les dix jours du mois de la suspension de la médication iodurée. La trinitrine n'est pas aussi active que le nitrite d'amyle dont elle rappelle et continue cependant l'action. Au sujet de son emploi thérapeutique, il faut préférer de beaucoup les solutions aux pilules. Korcinski recommande la trinitrine en pilules contenant un quart de milligramme à cinq milligrammes. En An-

Digitized by Google

gleterre, on se sert de tablettes de nitro-glycérine. Ce sont là des préparations infidèles.

c). — Les *nitrites* (nitrites de sodium, de potassium ou d'ammonium) pourraient encore être employés dans le traitement des maladies d'hypertension artérielle et de l'angine de poitrine, comme Matthew Hay l'a proposé en 1883. Mais, comme ces dernières substances sont des poisons du sang, comme elles transforment trop rapidement l'hémoglobine en méthémoglobine (ainsi que nos expériences anciennes avec M. Eloy et celles de M. Hénocque l'ont démontré), *il faut les employer avec la plus grande réserve*, et pour ma part, j'y ai rarement recours. Néanmoins, et pour mémoire, voici la formule de l'auteur anglais :

Nitrite de sodium	15 grammes
Eau distillée	140 grammes

Une à deux cuillerées à café par jour.

d). — La *saignée* générale a-t-elle une action sur la tension artérielle? A ce sujet, les avis sont partagés. C'est ainsi qu'en 1850, Volkmann a démontré par des expériences l'abaissement de la pression sous l'influence des hémorragies. Worm Müller a prouvé (en 1873) qu'on peut enlever à des chiens bien portants une quantité de sang égale à 1,6 ou à 2,82 0/0 du poids du corps sans diminution notable de la pression carotidienne. Celle-ci commence à baisser quand l'hémorragie atteint 3,76 pour 100 du poids du corps (1). Enfin, d'après Vinay et Arloing (de Lyon), la saignée veineuse donne certainement lieu à un abaissement de pression artérielle, laquelle se relève lentement, « tout en restant inférieure à ce qu'elle était avant l'opération. »

Quoiqu'il en soit, la saignée générale dans les affections vasculaires du cœur et surtout dans les cardiopathies artérielles, doit être considérée comme une *médication d'urgence* dont l'indication s'impose formellement surtout les cas de dilatation aiguë du cœur. Un de mes élèves, le Dr Thierry, en a démontré les effets, parfois très remarquables, dans son excellente thèse inaugurale (2). Mais, je suis loin de croire que les saignées puissent, comme on le pensait autrefois, agir à titre de *médication préventive*, et dans le but d'abaisser la tension artérielle surélevée de certains malades. C'est là une pratique condamnée par les expériences physiologiques et par les observations cliniques.

C'est par ces considérations sommaires que je termine aujourd'hui cette étude sur les maladies de l'hypertension artérielle : question d'une importance extrême au triple point de la clinique, de la prophylaxie et du traitement rationnel d'un grand nombre de maladies. Combattre de bonne heure l'hypertension artérielle, c'est prévenir ses maladies (artério-sclérose, cardiopathies et néphrites artérielles, affections aortiques, angine de poitrine, cardiopathies de la ménopause, etc.). C'est un moyen de s'opposer à l'envahissement de l'artério-sclérose, cette maladie du siècle, parce qu'elle est le plus souvent la maladie du *surmenage artériel*. Aussi, je soumets avec confiance et espoir cette question nouvelle *des maladies de la tension artérielle* aux méditations, aux recherches et aux découvertes des praticiens.

(1) Citation de Hayem. *Leçons sur les modifications du sang sous l'influence des agents médicamenteux*. (Paris 1882).

(2) M. Thierry. La saignée dans les affections du cœur et de l'aorte. (Thèse inaug. Paris 1887).

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I. *Des applications de forceps dans l'excavation, lorsque le détroit supérieur est modérément rétréci.* — II. *Les procidences dans les accouchements gemellaires.* — III. *Hydrocéphalie.* — IV. *Alimentation des nouveau-nés.*

I. Des applications de forceps dans l'excavation, lorsque le détroit supérieur est modérément rétréci. — Le diamètre antéro postérieur du détroit supérieur est souvent rétréci du fait du rachitisme, mais assez peu pour que la descente de la tête dans l'excavation soit encore possible sans intervention, à la condition que les contractions utérines aient une énergie suffisance. La tête, après s'être arrêtée un moment au détroit supérieur, finit par s'engager. Mais, en raison du retrécissement, elle s'est placée en position transversale, la suture sagittale selon le diamètre transverse du bassin. L'engagement se fait dans la même position, et la partie fœtale descend ainsi jusqu'au moment où elle rencontre le périnée.

Il peut arriver que le retrécissement une fois franchi par la tête, l'accouchement s'arrête pour une cause ou pour une autre; par exemple si l'utérus a dû, pour vaincre l'obstacle apporté par l'angustie pelvienne, se contracter avec une certaine vigueur et pendant un certain temps; il a pu se fatiguer et devenir inerte. — Ou bien encore, la terminaison artificielle de l'accouchement s'impose parce que le fœtus souffre. Dans ces divers cas, il est nécessaire d'agir, et on se trouve dans la nécessité de faire une application de forceps dans l'excavation sur une tête en position transversale.

Or, il existe, dans de pareilles conditions, des détails techniques qui ne sont pas sans valeur au point de vue de la conduite opératoire. L'application de forceps revêt ici des allures spéciales, en raison de la saillie du sacrum en avant. La règle est de saisir la tête d'une oreille à l'autre; or, l'une des deux oreilles est en rapport avec la symphyse pubienne, l'autre avec la face antérieure du sacrum, et sur la ligne médiane. Il faudra donc placer les deux cuillers de l'instrument sur la ligne médiane, l'une au devant du sacrum, et l'autre derrière la symphyse.

Trop souvent en pareil cas, on fait une prise défectueuse : la tête du fœtus est mal saisie parce que la cuiller postérieure n'a pas été introduite suffisamment loin; elle est venue s'appliquer sur le pariétal postérieur, atteignant à peine l'oreille correspondante par son extrémité; comme conséquence, la branche antérieure introduite la seconde, se trouve, après le tour de spire de Mme Lachapelle, beaucoup trop enfoncée dans les voies génitales pour s'articuler facilement avec sa congénère. Donc, difficulté dans l'articulation des branches. Enfin, après avoir tâtonné, on est arrivé à faire cette articulation. Mais, très souvent, on n'y est parvenu qu'à la condition de déplacer les cuillers qui ne

Digitized by Google

sont plus alors exactement placées aux extrémités du diamètre biauriculaire: la prise est devenue oblique, on amène un enfant qui porte des traces parfois profondes de l'opération; et dans les cas extrêmes l'instrument dérape.

Pourquoi toutes ces difficultés? Existent-elles dans les applications de forceps sur des positions transversales, lorsque le bassin est normal? Si elles se produisent dans ces conditions, elles sont, en tout cas, beaucoup moins marquées que s'il existe un léger retrécissement du bassin. Ici, en effet, la tête a bien pu franchir le détroit supérieur, mais souvent elle est restée en haut de l'excavation, au moment où l'on est obligé d'intervenir; de plus et surtout si la face antérieure du sacrum est plane ou à peine concave, la partie postérieure du bassin rapprochée anormalement de la symphyse va être la cause principale des difficultés énoncées plus haut. Car la cuiller postérieure viendra buter, si l'on n'y prend garde, contre cette face antérieure du sacrum et se placera dans l'attitude vicieuse que nous avons indiquée, c'est-à-dire qu'au lieu de contenir l'oreille du fœtus encadrée dans sa fenêtre, elle n'atteindra cette oreille que par son extrémité, tandis que la cuiller antérieure heurtera peut-être la face latérale du cou, dirigée vers le pubis.

Pour remédier à ces inconvénients, il faut avant tout pousser très loin la main qui sera chargée de guider la cuiller postérieure, enfoncer très hardiment les quatre doigts et même le pouce, pour atteindre sans peine l'oreille postérieure: il faut que *toute* l'oreille soit comprise entre l'index et le medius de cette main. La cuiller postérieure sera alors introduite entre la tête et la main qui sert de guide; on se rendra bientôt compte que, pour pouvoir placer l'oreille dans la fenêtre de la cuiller, il faudra enfoncer celle-ci beaucoup plus loin qu'on ne pourait le croire; et, pour obtenir ce résultat, il sera nécessaire d'abaisser fortement le manche de l'instrument. Toute la difficulté est là: si on sait la surmonter, le reste de l'opération devient très simple. L'introduction de la branche antérieure et l'articulation se font sans peine. Au moment de l'extraction, on tirera d'abord la tête jusque sur le perinée sans chercher à faire la rotation avec le forceps; la rotation ne sera tentée que lorsque la tête commencera à se faire voir à travers l'orifice vulvaire.

II. **Des procidences dans les accouchements gémellaires.** — M. Fernando Avila y Gambra vient de publier (1) un cas d'accouchement gémellaire dans lequel le premier fœtus une fois expulsé en présentation du siège décompléte mode des fesses, le second fœtus se présente par le sommet en O I D A avec procidence du pied et de la main du côté droit. La tête put être repoussée et l'enfant fut extrait par la version; la retropulsion des membres précédents avait été essayée sans succès.

L'an dernier, j'ai eu l'occasion d'observer le fait suivant à la clinique d'accouchements. Grossesse gémellaire; un enfant en O I D P, dont la tête était engagée dans l'excavation, et dont on entendait les battements du cœur; l'autre enfant en O I G A, beaucoup plus élevé dans l'abdomen, et probablement mort, car les renseignements de l'auscultation étaient négatifs à son niveau. Femme en travail depuis longtemps; au moment où elle fut amenée à la clinique, je constatai par le toucher que la dilatation du col était complète, et les membranes rompues: à côté de la tête en O I D P on sentait entre elle et le sacrum un cordon sans battements, et une main dont la face dorsale était dirigée en avant du côté de la tête, tandis que sa face palmaire était appliquée sur le sacrum. Application de forceps et extraction rapide d'un enfant vivant. Immédiatement après, je reconnus que la tête du deuxième enfant s'était engagée dans l'excavation en O I G A; que cette tête *était nu dans l'excavation*, et qu'il n'y avait pas eu de seconde poche des eaux; à côté de la tête se trouvait le cordon du premier fœtus, un autre cordon, celui qu'on avait senti pendant le premier accouchement, et à côté de ce cordon un bras, procident entièrement, et dont la main avait l'attitude observée au moment de l'extraction du premier fœtus. Application de forceps assez difficile à cause des deux cordons et du bras procident, rapide néanmoins. Extraction d'un enfant complètement barbouillé de méconium, mort déjà depuis un certain temps sans aucun doute. L'examen du délivre montre que le placenta était inséré au fond de l'utérus; il existait deux œufs avec une cloison de séparation verticale; la poche des eaux avait sans doute été double, et sa rupture avait ouvert les deux œufs à la fois; à côté de la tête du fœtus n° 1, le bras gauche et le cordon du fœtus n° 2, avaient fait procidence et le fœtus n° 2 avait succombé Cette explication nous paraît la plus plausible; elle est basée: 1° sur l'absence d'une seconde poche des eaux après la naissance du premier enfant, en même temps qu'il existait une cloison membraneuse séparant les deux œufs; 2° sur l'attitude singulière de la main procidente à côté de la première tête, attitude retrouvée identique à côté de la deuxième tête, après la naissance du premier enfant. Ces procidences multiples ont été gênantes pendant l'application des forceps.

III. **Hydrocéphalie.** — Mon excellent maître, M. Maygrier, a récemment présenté, à la Société obstétricale et gynécologique de Paris, un fœtus hydrocéphale dont l'accouchement a été des plus intéressants. Hydramnios, présentation du siège, expulsion du tronc, la tête volumineuse reste au-dessus du détroit supérieur; tentatives d'extraction faites par une sage-femme de la ville, qui restent sans résultat. A l'hôpital, M. Maygrier pratique l'opération de van Huevel et Tarnier qut consiste, comme on sait, à inciser les téguments du dos, à ouvrir le canal rachidien, et à insinuer dans ce canal une sonde rigide qui pénètre jusque dans le crâne et évacue ainsi le liquide qu'il contient. L'extraction devient ensuite des plus simples. Après l'accouchement, l'examen des organes génitaux internes montre qu'il existait une rupture de segment inférieur de l'utérus, due aux efforts exagérés qu'on avait faits en ville pour extraire la tête. Malgré cette lésion, les sui-

(1) *Annales d'Obst.* 1890.

Digitized by Google

tes de couches furent apyrétiques et la femme guérit; il est probable que la déchirure s'était faite au niveau du ligament large sans intéresser le péritoine.

Le fœtus présentait, en même temps qu'une hydrocéphalie, des malformations des membres inférieurs. MM. Bonnaire et Porak ont rencontré des faits du même genre.

Cette observation est instructive à plus d'un point de vue : coïncidence de plusieurs malformations fœtales, s'accompagnant d'hydramnios considérable; hydrocéphalie ayant contribué à la production d'une rupture utérine; déchirure du tissu utérin sans lésion séreuse, et suivie de guérison, enfin opération de van Huével et Tarnier.

IV. **Alimentation des nouveau-nés.** — « L'allaitement maternel est le meilleur mode d'alimentation des nouveau-nés. On doit s'efforcer de le favoriser en luttant contre les obstacles provenant soit de la mère, soit de l'enfant.

Les téterelles peuvent dans ces deux cas aider l'allaitement maternel. Les meilleurs de ces instruments sont ceux qui peuvent être tenus le plus facilement aseptiques. L'allaitement mixte par la mère semble préférable à l'envoi de l'enfant en nourrice à la campagne, loin de toute surveillance directe.

L'allaitement artificiel, mauvais en général, peut cependant donner des résultats à peu près satisfaisants s'il est bien dirigé.

L'alimentation quelle qu'elle soit diffère du tout au tout suivant la personne qui la dirige.

Les troubles digestifs dus à l'allaitement au biberon ou à la cuiller semblent surtout dus à une intoxication causée soit par des microbes, soit par des ptomaïnes qui altèrent le lait.

On les fait en grande partie disparaître en nourrissant les enfants avec du lait stérilisé par la chaleur. »

Telles sont les conclusions auxquelles arrive M. Paillotte (1), après une étude attentive de divers procédés d'allaitement. L'auteur a imaginé une téterelle très bien conçue et qui peut rendre de grands services.

Dr Demelin

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

De la suture vésicale, par M. Delfosse. — Les opinions qui se sont produites à ce sujet pendant ces dix dernières années peuvent se résumer ainsi :

1° Absence complète de suture vésicale après la taille hypogastrique, avec emploi de tubes-siphons et, plus tard, sonde à demeure;

2° Suture partielle de la vessie, avec emploi de tubes-siphons; cette suture peut être faite, soit complètement au-dessus des tubes, soit au-dessus et au-dessous d'eux;

3° Suture totale de la vessie à deux ou trois étages se combinant avec tube prévésical; suture sans tube de drainage; suture se combinant avec sonde à demeure; suture sans sonde à demeure mais avec cathétérisme répété (*Annales des mal. des organes génito-urinaires*, octobre 1890).

La suture complète, à laquelle un certain nombre de chirurgiens français se sont ralliés, offre les avantages suivants : rapidité de la guérison; possibilité de faire lever le malade dès les premiers jours; cicatrice abdominale solide, exempte du point faible qui succède à la guérison après fistulisation préalable. Les dangers qui ont fait hésiter à tenter l'occlusion complète de la vessie sont, en première ligne, la crainte de l'infiltration d'urine qui pouvait se produire, si la plaie vésicale devenait béante sous les téguments suturés; en second lieu, la difficulté d'assurer l'évacuation complète du réservoir urinaire, sans provoquer son inflammation par le séjour d'une sonde à demeure.

Pour éviter ces dangers, M. Pozzi a proposé : 1° l'interposition d'un tube à drainage entre la vessie suturée et la plaie abdominale, de manière à faciliter l'émission de l'urine au dehors dans le cas où les sutures manqueraient; 2° des cathétérismes répétés toutes les trois heures, jour et nuit, pendant une quinzaine jours.

La suture complète de la vessie doit être proscrite, dans les cas de tumeurs vésicales, ou de vessies chroniquement enflammées et épaissies, par un calcul ou toute autre cause.

Elle peut être considérée comme de règle dans les incisions vésicales au cours d'une ovariotomie, dans la taille hypogastrique des sujets jeunes et indemnes de toute altération des parois vésicales. Ces parois sont alors en pleine vitalité et les observations ne laissent aucun doute sur la réussite possible de cette opération.

Quel est le meilleur mode de suture? Faire deux plans de sutures au catgut ou à la soie phéniquée, l'un profond séro-musculaire, l'autre superficiel et séreux, les points de suture étant distants d'un centimètre pour empêcher l'issue de l'urine ou du sang dans le péritoine. Lorsqu'on a la chance d'obtenir la réunion par première intention, la durée du traitement est notablement abrégée : la cicatrisation de la plaie est faite en 25 à 30 jours au lieu de 40 à 42 jours avec les autres méthodes.

H. M.

MÉDECINE

Un cas de pneumonie traumatique, par M. Minossi. — L'auteur rappelle les opinions des auteurs et fait un exposé succinct de la question. Tandis que les uns admettent la possibilité de la pneumonie fibrineuse consécutivement à une contusion du thorax, comme Littey, ou à une pneumonie catarrhale comme Vulpian et Proust, d'autres, comme Renbold, Jürgensen, Kohnborn, nient cette existence (*Riforma medica*, 1890, n° 122).

La bactériologie seule pourrait mettre un accord dans le débat, Albert Koch trouva des pneumocoques en grande quantité dans un cas de pneumonie traumatique, sur des préparations faites avec les pièces d'autopsie : d'un autre côté, André Petit, dans un cas des plus nets ponctionna le poumon, mais l'aiguille trop courte ne lui permit pas d'avoir du liquide d'exsudat avec la seringue de Pravaz et il ne trouva rien; mais, dans les crachats, les préparations faites par la méthode de Gram montrèrent des diplocoques caractéristiques de Fraükel et nom de Friedlander. De même, Bamberger et Locatello décelèrent dans l'exsudat les microbes pneumoniques.

A ces faits, qui prouvent à la fois la similitude de la pneumonie traumatique et de la pneumonie fibrineuse et la nature parasitaire de la première maladie, M. Eug. Minossi ajoute une observation nouvelle, accompagnée d'examens microbiologiques probants.

Il s'agissait d'un maçon de 20 ans, dont les antécédents pathologiques se résumaient en fièvre intermittente, et en fièvre typhoïde. Le 14 avril 1889, étant ivre, il tombe dans la rue sur la face et sur le côté droit du thorax; à la suite de l'accident il crache du sang. A son entrée à l'hôpital, le 15 avril, on note une plaie contuse de la face avec épanchement san-

(1) *Thèse*, Paris 1890.

Digitized by Google

guin, et, au niveau des 10e et 12e côtes, une plaie contuse de 8 à 10 centimètres de longueur, qu'on désinfecte au sublimé et qu'on suture, on maintient une vessie de glace sur la tête et sur le thorax. Le 16, le malade a du délire, on doit l'attacher. Le 17, on peut constater à droite des râles crépitants, un souffle bronchique; à la base en arrière, point de côté, dyspnée, crachats sanguinolents et diarrhée — on prescrit de la quinine, kermès et camphre. — La température est à 39°, elle atteint à 40° les jours suivants ; le souffle tubaire remonte jusqu'au sommet. Le côté gauche offre de la respiration supplémentaire, le malade est dans un état grave.

Des préparations microscopiques des crachats et de l'exsudat retiré par la seringue de Pravaz, des cultures de ces mêmes produits donnèrent à l'examen le pneumocoque.

Après un état très inquiétant et le développement d'un abcès ganglionnaire de l'aine et de la fosse iliaque, le malade finit par guérir. H. G.

OTOLOGIE

Traitement des suppurations chroniques de l'oreille moyenne, par M. Cleary. — Contre les suppurations d'origine osseuse (carie ou nécrose), l'auteur recommande les topiques acides, qui facilitent l'expulsion des tissus mortifiés et décalcifient l'os: telles les solutions d'acide nitrique ou d'acide chlorhydrique à 2 ou 4 pour cent. (*Medical and Surgical Reporter*, 4 oct. 1890).

Les topiques alcooliques sont indiqués contre les granulations ou les végétations polypiformes, par leurs propriétés de coaguler l'albumine.

Enfin, le nitrate d'argent, par ses vertus escharotiques et modérément antiseptiques, et en solution à 2 ou 4 pour cent, est indiquée dans la majorité des cas rebelles. Son emploi doit être réservé au médecin seul et ne doit pas être confié aux malades. S. R.

THÉRAPEUTIQUE

De l'action physiologique de la digitaline, par M. Masi. — La digitaline ralentit le cœur, renforce les battements et finalement la dose toxique arrête l'organe en systole. Cependant, dans les travaux sur la matière, on trouve parfois l'arrêt en diastole chez la grenouille. Cet effet est constant avec certaine digitaline commerciale, comme celle de la fabrication allemande. Ce produit renferme, en effet, de la digitaline pure et de la digitoxine ; la digitaline pure donne un arrêt systolique, la digitoxine un diastolique. (*Riforma Medica*, 1890, n° 124).

La digitale semble donc agir sur le cœur à l'aide de deux principes. dont l'un régit la systole, l'autre la diastole. Il en serait de même pour les médicaments cardiaques, succédanés de la digitale : l'extrait de strophantus produit l'arrêt en diastole, la strophantine pure en systole (toujours chez la grenouille) tandis que l'extrait aqueux d'adonis vernalis est diastolique, l'extrait alcoolo éthéré est systolique.

Mais chez les mammifères la digitaline même pure amène la mort en diastole.

Cette différence entre les batraciens et les mammifères n'est qu'apparente : si l'on élève la température de la grenouille en la plongeant dans une solution de chlorure de sodium à 32°, la digitaline pure arrête le cœur en diastole (*Riforma Medica*, 1890, n° 124).

La contre-partie est également vraie : chez des lapins refroidis vers 18° par l'immobilité, on observe un arrêt en systole après l'injection hypodermique de 2 à 6 centigrammes de digitaline ; chez un chat refroidi à 24 degrés, le ventricule gauche était en systole ; mais Bochm aurait noté la consistance presque cartilagineuse du cœur sur les chats en température normale. Le cœur des chiens refroidis semble s'arrêter en systole, mais il s'arrête en diastole; cependant la rigidité cadavérique se retrouve en systole et cette rigidité plus précoce que normalement précède celle de tous les autres muscles. La muscarine, au contraire, retarde cette rigidité qui n'a lieu qu'après celle du masseter et des muscles du tronc. Ce résultat prouve que l'excitation du pneumogastrique n'a rien à faire ni avec la digitaline, ni avec la muscarine, qui doivent être considérées comme des poisons myocardiaques.

Il est probable que la rigidité cadavérique a induit en erreur les auteurs qui ont trouvé que la digitaline arrêterait le cœur en systole chez les mammifères.

H G.

REVUE DES LIVRES

Hypnotisme, suggestion, psychothérapie, par M. le Dr Bernheim, professeur à la Faculté de Nancy. — (Doin, Paris, 1890.)

L'auteur, avec une grande clarté, expose, en une série de leçons magistrales, tout ce qui se rapporte à la suggestion.

La partie historique recherche dans les pratiques médicales les plus anciennes jusqu'à nos jours, la suggestion, toujours latente, mais facile à reconnaître, soit dans les prières, sacrifices, conjurations et formules magiques des Hébreux et des Egyptiens, soit dans la médecine grecque, temples, chants d'Esculape, soit dans la théosophie orientale, et dans son alliance avec les doctrines dégénérées de Pythagore et de Platon, soit dans l'union des idées païennes et du christianisme naissant, onctions, saintes huiles, exorcismes, talisman, foi, tombeaux des saints, médecine sacerdotale, puis, plus tard, pouvoir curateur des rois de France et d'Angleterre. Cette même suggestion se continue pendant le siècle de la Renaissance des sciences, l'apogée du culte du diable, les procès de sorcellerie, la thérapeutique de Paracelse, la signature des astres ; elle se transforme lors de l'apparition du magnétisme animal, les onguents sympathiques, la secte des Rose-Croix, les cures magnétiques et les guérisons par les aimants, les cures de Mesmer, les bouquets magnétiques, la découverte du somnambulisme ; enfin, apparaît, avec l'hypnotisme de Braid, le triomphe contemporain de la doctrine scientifique de la suggestion et la fin de la médecine superstitieuse.

Ce qui appartient à l'école de Nancy, c'est l'application systématique et raisonnée de la suggestion au traitement des malades ; c'est aussi l'association de l'hypnotisme comme adjuvant de la suggestion ; c'est la suggestion hypnotique comme méthode psycho-thérapeutique.

L'auteur définit la suggestion : le fait par lequel une idée est introduite dans le cerveau et adoptée par lui ; si cette idée, au lieu de provenir d'autrui, provient du sujet lui-même, c'est de l'auto-suggestion ; c'est la suggestion qui produit l'état hypnotique, et cet état hypnotique facilite à son tour les effets de la suggestion ; mais celle-ci peut se faire sans hypnotisme ; elle n'est pas due à une puissance de l'opérateur, c'est une propriété du sujet et, pour l'école de Nancy, n'est pas plus que l'hypnotisme une caractéristique de l'hystérie. Le plus grand obstacle à la suggestion et à l'hypnotisme, c'est la volonté du sujet si elle s'y oppose, c'est l'idée fixe rebelle à la suggestion, c'est ce qui explique les échecs chez beaucoup d'hypocondriaques, avec prédominance des idées fixes. L'idée née des sens tend toujours à se transformer ensuite ; suggérer une idée, c'est suggérer un acte ou des actes ; parmi ces actes, l'un peut neutraliser les autres ou en neutraliser d'autres ; cette neutralisation est un acte paralysant les autres ; ainsi s'expliquent les paralysies motrices, sensitives, psychiques par suggestion.

Les fonctions supérieures gouvernent l'automatisme cérébral et la crédivité. Si cette autorité s'affaiblit ou disparaît, la crédivité et l'automatisme sont exagérés; le sommeil naturel, la foi,

Digitized by Google

l'électricité, les aimants, les métaux; les moyens empiriques et même la suspension auraient ainsi une action thérapeutique. L'hypnose produit aussi cet effet sur les facultés supérieures.

Les chapitres IV et V sont consacrés à l'étude complète de tous les procédés d'hypnotisme.

Le chapitre VII étudie les phénomènes de l'état hypnotique, c'est là qu'apparait nettement le désaccord entre l'Ecole de Nancy et l'Ecole de la Salpétrière.

Les trois variétés de phénomènes : léthargie, catalepsie, somnambulisme ; l'ordre suivant lequel ils sue sccèdent ; les procédés qui leur donnent naissance ; les propriétés particulières à chacune de ces périodes, contrairement à l'Ecole de la Salpétrière, seraient de purs phénomènes de suggestion et, par suite, capables d'être variés, changés, bouleversés, détruits par d'autres suggestions. L'hypnotisme, loin d'être conséquemment tributaire de l'hystérie relevant de la suggestion, peut se produire chez bien d'autres sujets que les hystériques. Chez les hystériques d'ailleurs, beaucoup de symptômes dits caractéristiques : l'hémianesthésie, les troubles de sensibilité mis en rapport avec des filets nerveux, la boule hystérique, la sensibilité ovarienne, les zônes hystérogènes, ne seraient que des phénomènes de suggestion. La sensibilité ovarienne est produite chez des hommes par l'Ecole de Nancy; cette suggestion expliquerait ainsi la production de symptômes chez des sujets, rien que parce que l'interrogatoire du médecin, fixant leur attention sur ce symptôme, en suggère l'apparition.

Mais de tous les chapitres le plus litigieux et qui est tout d'actualité est le chapitre VIII, relatif aux affaires criminelles par suggestion : Fenayrou, Chambige et Gabrielle Bompard, à propos desquels l'auteur n'admet pas la responsabilité morale.

Notre situation de médecin aliéniste, chef d'un service d'aliénés, nous oblige à appréhender les conclusions de l'irresponsabilité en pareilles questions, car si de tels sujets sont irresponsables, ils vont être classés parmi les autres aliénés, dont ils diffèrent à tant de titres et créeront par leurs présences des difficultés nouvelles dans nos services et d'autant plus difficiles à diriger qu'une presse politique les signale à l'animadversation publique. En admettant toutes les influences de la suggestion, de tels sujets pourront guérir, devront être mis en liberté, pourront être suggestionnés pour d'autres actes délictueux et continuer ainsi une série de méfaits plus ou moins graves, dont la récompense serait l'irresponsabilité. Nous avons déjà dans nos services les ivrognes, les faibles d'esprit et les fous moraux qui sont déjà de trop dans nos services; nous jugeons comme inutile d'y ajouter les criminels par suggestion; ivrognes, faibles d'esprit, fous moraux et criminels par suggestion, qui, si l'on veut leur appliquer la doctrine de l'irresponsabilité, réclament un autre traitement que celui de la simple séquestration dans un asile d'aliénés.

Dr CHARPENTIER,
Médecin de l'hospice de Bicêtre.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

DERMATOLOGIE

Traitement de l'eczema infantile des narines et de la lèvre supérieure. — Ces croûtes eczémateuses sont fréquentes dans les cas de coryza chronique, surtout chez les enfants ; M, R. Besnier les combat par des moyens *internes* et *externes* :

A *Moyens internes* : Prescrire l'huile de foie de morue à l'intérieur.

B *Moyens externes* : Badigeonner les narines avec l'huile de foie de morue.

2° Tamponnement des narines avec boulettes d'ouate hydrophile.

3° Recouvrir la lèvre supérieure d'une feuille de caoutchouc maintenue de chaque coté par deux lacs embrassant l'oreille.

Traitement du psoriasis circonscrit. — Dans le cas où cette affection est limitée à une faible surface on peut employer les médicaments classiques à doses élevées sans provoquer d'accident.

M. Besnier prescrit les pommades suivantes:

1° *Psoriasis du cuir* : en plaques peu étendues:

Acide pyrogallique. . .	4 et 5 grammes.
Ichthyol.	
Acide salicylique. . . .	
Vaseline	35 grammes.

En applications sur les surfaces malades.

2° *Psoriasis du cuir chevelu* en plaques isolées :

Savon mou de potasse.	20 grammes.
Vaseline	
Ichthyol.	2 —
Acide salicylique. . . .	ãã 1 gramme.
Acide pyrogallique. .	

Pratiquer des frictions quotidiennes avec cette pommade ; et ne les suspendre que si le cuir chevelu est irrité.

S. R.

FAITS CLINIQUES

Kyste séreux ganglionnaire du cou,

par M. le Dr TRIPET (1)

Mme B..., âgée de soixante-cinq ans, rhumatisante, est atteinte depuis longtemps d'un rétrécissement aortique. En 1877, elle s'aperçoit pour la première fois de la présence, dans la région sterno-claviculaire droite, d'une grosseur du volume d'une noix. Des frictions avec une pommade fondante font disparaître cette grosseur assez rapidement, et la malade n'éprouve plus rien pendant au moins dix ans.

En janvier 1889, elle s'aperçoit à nouveau de la présence d'une grosseur dans la même région; cette grosseur se développe rapidement, s'étale et envahit toute la région latérale droite du cou, gênant les mouvements, empêchant la malade de dormir sur le côté, et donnant lieu à de fréquents élancements dans toute la région.

Je vois Mme B... pour la première fois à la fin d'octobre 1889, et je constate l'existence d'une tumeur s'étendant de la région antérieure du cou à la partie postérieure de l'oreille, embrassant complètement la région sterno-mastoïdienne droite. La peau est saine, sans rougeur, et le palper permet de constater l'existence d'une fluctuation manifeste, paraissant limitée à la partie antérieure de la tumeur, qui semble formée de deux poches distinctes.

MM. les Drs Schwartz et Poiteau, qui voient la malade avec moi, expriment la crainte qu'il ne s'agisse d'une tumeur maligne, probablement d'une dégénérescence ganglionnaire, et me laissent entrevoir la nécessité d'une intervention radicale. Toutefois, pour éclairer le diagnostic, une ponction exploratrice est pratiquée et donne lieu à l'écoulement d'un quart de litre d'une sérosité sanguinolente qui, examinée au microscope par le Dr Dubief, donne un résultat négatif aux points de vue bactériologique et cellulaire : le liquide ne contenait que de la sérosité fibrineuse et des hématies. Une fois la poche vidée, nous pûmes constater que la tumeur kystique était une, ou que tout au moins les deux poches communiquaient largement, car nous observions un affaissement complet de la peau, et le cou avait repris son aspect symétrique. La palpation, après la ponction évacuatrice permit de sentir deux ganglions, l'un sous l'oreille droite, l'autre, antérieur, au niveau et au-dessous de la glande sous-maxillaire. Une bonne compression ouatée fut pratiquée, et la malade retourna chez elle, se croyant guérie.

(1) *Société médico-pratique*, novembre 1890.

Digitized by Google

Mais la tumeur se reproduisit rapidement, et, en raison de la nature du liquide extrait une première fois, nous nous crûmes autorisés, M. Schwartz et moi, à pratiquer, le mardi 28 janvier 1890, une deuxième évacuation, suivie, cette fois, d'une injection iodée. La solution employée fut la suivante :

Eau distillée.....	100 grammes
Iodure de potassium.....	2 grammes
Cristaux d'iode pur.....	en excès, de façon à avoir une solution saturée.

Au bout de dix minutes, pendant lesquelles le liquide injecté avait été retourné dans la poche kystique par plusieurs malaxations, l'excédent de liqueur iodée fut retiré par une légère expression et un pansement ouaté compressif fut appliqué sur la région.

Le liquide recueilli par l'évacuation représentait un tiers de litre de sérosité sanguinolente, qui fut, le jour même, examinée par le Dr Toupet, dans le laboratoire de M. Cornil. Le résultat de cet examen fut complètement négatif au point de vue tumeur maligne ; c'était de la sérosité kystique simple, contenant une grande quantité d'hématies.

Les suites furent simples. Aucune réaction fébrile ne se produisit ; mais, pendant quarante-huit heures, des élancements assez violents se produisirent dans la région auriculaire droite, s'irradiant par moments dans le cou et même dans l'épaule. En même temps, la malade souffrait dans les mouvements de déglutition et éprouvait dans la gorge des picotements insupportables.

La compression ouatée fut maintenue pendant plus de huit jours, et; le dixième jour, tout pansement était supprimé. Pendant un mois, il y eut encore de temps en temps des élancements dans la région auriculaire droite; mais leur disparition fut complète au bout de ce temps, et, depuis cette époque (fin février 1890), c'est-à dire depuis plus de huit mois, la guérison ne s'est pas démentie.

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

Bedarieux, 12 décembre 1890.

Traitement d'un cas de lupus du facies par le salicylate de bismuth

Mme L..., âgée de 62 ans, est atteinte d'un lupus de la face datant de 5 ans. Les antécédents sont nuls. Il n'y a jamais eu de scrofulose ni de phtisie dans sa famille et cette malade a joui d'une excellente santé jusqu'à l'époque de la ménopause. Le réactif de la validité des parents, les enfants, sont solidement charpentés et jamais malades. Un petit-fils a des gourmes.

La lésion ulcérative (scrofulide crustacée ulcéreuse de Bazin — scrofulide tuberculeuse de Hardy et Guibout) a débuté par le nez. Un tubercule apparait comme une tête d'épingle, jaunit, s'étale, se cascifie, se vide et se recouvre d'une croûte formée par la suppuration sanieuse desséchée.

Chaque jour surgissent, en différents points de la face, des boutons tuberculeux, qui, isolés ou agminés, déterminent, suivant leur disposition, la configuration des mamelons croûteux qui, peu à peu, envahissent toute la face et donnent un aspect hideux et repoussant au facies de cette malheureuse femme.

Ces croûtes épaisses, noirâtres, très adhérentes, ne tombent que par les frottements répétés de la malade. Au-dessous d'elles, siège une surface ulcérée, saignant au moindre contact et très douloureuse. La terminaison de ces ulcères est variable. C'est par des brides cicatricielles qu'ils se sont guéris autour du nez ; et ce sont ces cicatrices vicieuses qui ont failli boucher l'orifice nasal réduit à un simple trou par la perte complète du nez.

D'autres ulcères, malins, envahissants (lupus vorax de Cazenave) se sont terminés par la destruction lente et progressive des tissus et des os sur lesquels ils ont apparu. C'est ainsi que le nez et ses cartilages ont été rongés et détruits. C'est ainsi que la voûte palatine a été érodée, et qu'une communication s'est établie entre la bouche et l'arrière-cavité des fosses nasales. La conséquence est que, durant la mastication, les aliments refluent au-dessus de la voûte palatine et que les mucosités du nez s'écoulent dans la bouche par le trou palatin. L'aspect et la situation de cette malade sont horribles.

La principale indication thérapeutique était de détruire le tubercule ou les vaisseaux qui le nourrissent. Dans ce but, les scarifications du Dr Vidal furent essayées et, bientôt après, la cautérisation interstitielle à l'aide de cautères très fins, telle que l'a si bien décrite le Dr Besnier. Mais, le tatouage des plaques, ni la cautérisation profonde des tubercules n'avaient amené une amélioration même passagère.

Découragé de ces insuccès et dans le but de détruire la bacille tuberculeux, j'essayai les médications parasiticides. La pommade au biiodure de mercure de Guibout, les applications de sublimé, la liqueur de Van Swieten à l'intérieur et à l'extérieur, la pommade à la résorcine (cas du Dr Morice, de Néris) furent essayées puis abandonnées. Dans le même ordre d'idées, les eaux minérales arsenicales (eaux de la Bourboule), les eaux sulfureuses (eaux de Molitg) furent mises en usage pendant plusieurs mois. Je dois toutefois à la vérité de reconnaitre que l'eau de la Bourboule transportée releva l'appétit chancelant de la malade, et que l'eau sulfureuse de Molitg, en application sur ces croûtes, nettoya pendant quelque temps la face de cette malheureuse. Je suis même convaincu qu'une ou plusieurs cures à Molitg l'auraient certainement débarrassée ; malheureusement Mme L... était trop faible pour subir un traitement hydro-minéral énergique.

En désespoir de cause, le salicylate de bismuth fut essayé.

Vaseline	10 grammes
Salicylate de bismuth..	4 grammes

En quelques jours la face fut absolument nettoyée et la guérison se maintient depuis près de deux mois. Aujourd'hui, la face, au centre de laquelle est le trou nasal, apparait couturée de brides cicatricielles, qui donnent à la malade la sensation de cordes sous-tendant la peau de sa figure, devenue trop courte; la gorge est encore le siège du lupus; mais la face, où les applications ont été faites, est guérie.

Dr Donnadieu-Lavit
Ancien interne des hôpitaux,

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES ÉTRANGÈRES

Allemagne : **Société de médecine interne de Berlin** (2 décembre 1890). I. *Traitement chirurgical de la périlyphlite.* — Angleterre. **Société de médecine de Londres** (15 décembre 1890) : II. *La toux convulsive de la puberté.* — Autriche. **Société des médecins de Vienne** (12 décembre 1890): III. *Traitement de la spondylite tuberculeuse.*

I. **Traitement chirurgical de la périlyphlite.** — Quelles sont les périlyphlites qu'il faut opérer ? Celles qui sont suppurées, circonscrites et que l'on peut diagnostiquer. C'est dire que l'on doit distinguer avec soin entre la périlyphlite et la typhlite, ce qui est l'avis de M. Sonnenburg comme celui de tout le monde ?

Il y a dans les périlyphlites une exsudation en général abondante, résorbable spontanément quand elle est séreuse, exposant à de graves dangers, quand elle est purulente. De là une première indication opératoire.

M. Sonnenburg estime que l'on peut baser le diagnostic de l'épanchement sur son volume. Très séreux, il serait volumi-

Digitized by Google

neux et débuterait par des symptômes souvent très violents, mais susceptibles de disparaître.

Les exsudats, de petit volume d'abord, peuvent subitement devenir considérables. D'ordinaire, ils sont purulents et nécessitent plus tôt l'intervention chirurgicale.

Quelle est la méthode opératoire qu'il faut adopter? M. Sonnenburg distingue entre les exsudats volumineux et superficiels et les exsudats petits et profonds.

On ponctionne les premiers et on se renseigne sur la nature de leur contenu. Puis on incise et on ouvre l'abcès. C'est la méthode en un seul temps.

S'agit-il des seconds? Les exsudats sont petits, mal délimités? On procède par la méthode en deux temps. En premier lieu, on pratique une incision cutanée au niveau de la tumeur. En second lieu, et après quelques jours, quand l'abcès proémine vers l'incision, et après la formation d'adhérences péritonéales, on l'incise antiseptiquement et sans courir le danger d'ouvrir le péritoine.

Au demeurant, l'incision simple est la méthode de choix des périityphlites superficielles et volumineuses; l'incision en deux temps, une méthode de nécessité contre les périityphlites petites et profondes.

II. **La toux convulsive de la puberté.** — Est-ce une toux hystérique? Est-ce une variété de la toux nerveuse classique? M. A. Clarke admet que cette toux doit occuper une place à part dans les classifications nosologiques. Dans un cas, dont il publie l'observation, elle était aboyante, survenait par accès et se terminait par une diurèse abondante.

Ces malades sont d'ordinaire de souche névropathique, de sorte qu'avec M. Gowers on est disposé à considérer cette toux comme un phénomène réflexe. Elle ne modifie pas l'état général et s'observe dans les deux sexes. Elle est tantôt paroxystique et tantôt rythmique; enfin, elle est justiciable d'un traitement hygiénique et tonique : gymnastique, hydrothérapie, voyages en mer; à l'intérieur, le fer, la quinine.

Localement, mais seulement dans les cas les plus rebelles, on peut employer les attouchements pharyngiens avec les préparations de cocaine ou de morphine et l'administration des bromures alcalins. Ajoutons que M. Semons, l'un des collègues de M. Clarke, refuse toute efficacité au traitement local.

Sans s'attarder à discuter les conclusions de M. Clarke, n'est-il pas plus logique et plus clinique de considérer cette toux comme génitale et de la placer dans la catégorie des toux réflexes?

III. **Traitement de la spondylite tuberculeuse.** — Horsley et Mc Ewer ont démontré que la paraplégie est due à la compression exercée par les exsudats inflammatoires de la pachyméningite spinale plutôt qu'à celle des vertèbres.

M. von Eiselsberg s'inspire de ces travaux pour formuler ainsi le traitement de cette affection :

1° *Spondilyte tuberculeuse simple.* Le repos et l'immobilisation suffisent pour amener des améliorations et des guérisons.

2° *Spondilyte tuberculeuse suppurée.* Ici, il faut distinguer; le traitement précédent convient en l'absence de troubles graves, menaces de paralysie, douleurs, phénomènes asphyxiques. Quant aux abcès par congestion, M. von Eiselsberg recommande de les traiter par la ponction, avec évacuation du pus et injections de glycérine iodoformée, et, au besoin, suture de la poche préalablement remplie de ce topique.

3° *Spondylite tuberculeuse avec paraplégie.* On peut encore attendre si la paralysie est limitée aux muscles des extrémités.

Il faut intervenir quand il y a paralysie du rectum et de la vessie; M. Eiselsberg l'a fait dans un cas de cyphose, étendue de la quatrième à la huitième vertèbre dorsale. Il réséqua les apophyses épineuses et les arcs de ces vertèbres, dans une première opération. Huit jours après, il incisa la dure-mère et enleva un exsudat méningitique. Les mouvements des extrémités inférieures revinrent, et le malade guérit.

Est-ce une méthode à recommander? M. Billroth ne l'admet pas. D'une part, bon nombre de ces paralysies guérissent spontanément; d'autre part, on ne peut jamais, avant d'intervenir, déterminer si la paraplégie est causée par un exsudat méningitique ou par un déplacement osseux. Dès lors, on est exposé à opérer en aveugle. C'est donc la condamnation des espérances formulées par M. Eiselsberg. S. D.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 décembre 1890.

Présidence de M le Dr Horteloup

Suture osseuse de l'olécrâne. — M. Lucas-Championnière. — M. P. Michaux a adressé à la Société de chirurgie une observation de suture de l'olécrâne pour fracture compliquée. Il s'agit d'un ouvrier tapissier qui, bousculé le 1er mai par une charge d'agents, avait reçu sur l'olécrâne du bras gauche un coup de sabre qui avait divisé nettement cette apophyse à sa base. La suture fut pratiquée le lendemain à l'aide de deux fils d'argent. La réunion fut obtenue par première intention sous un seul pansement, sans aucune élévation de température; le membre fut laissé dans l'extension jusqu'au quinzième jour.

A partir de ce moment on commença à imprimer quelques mouvements à la jointure et six semaines après la flexion atteignait déjà l'angle droit. Depuis, M. Michaux a enlevé les fils d'argent. Le rétablissement des mouvements était absolument parfait quand il représenta son malade à la Société de chirurgie au mois d'octobre.

L'intérêt de cette observation est double : la suture de l'olécrâne a été rarement faite et en second lieu cette observation vient à l'appui de l'opinion qui veut que la suture osseuse soit trop rarement employée dans le traitement des fractures.

Je ferai cependant quelques légères critiques de détail; je crois qu'il eût mieux valu mettre le membre dans la demi-flexion, et laisser à demeure les fils d'argent; le résultat eût été obtenu plus rapidement.

M. Berger. — Cette méthode n'est pas applicable indistinctement à toutes les fractures de l'olécrâne. Celles de la base de cette apophyse guérissent d'ordinaire après 20 jours d'immobilisation, le bras étant maintenu dans l'extension par un appareil fort simple, sans qu'il soit besoin de recourir à la suture osseuse. Dans les fractures du bec, les fragments sont souvent écartés par les contractions du triceps, la coaptation est plus difficile à obtenir, cependant on y arrive en maintenant le membre dans l'extension par un appareil inamovible. On pourrait employer la suture osseuse dans ce dernier cas seulement, lorsque l'extension est insuffisante pour corriger l'écartement.

Note sur le salicylate de mercure. — M. Vacher (d'Orléans) lit une note sur un nouvel antiseptique, le salicylate de mercure, qu'il a étudié depuis le mois d'octobre 1887. Ce sel présente un pouvoir antiseptique aussi grand que celui du sublimé, sans en offrir les inconvénients; il pourrait donc le remplacer en chirurgie. La difficulté consistait à le rendre soluble dans l'eau, sans addition d'alcool, ni de chlorure de sodium. M. Vacher a triomphé de cet obstacle en obtenant le salicylate de mercure par double décomposition dans un mélange de sublimé, de salicylate de soude et d'eau. En effet, l'acide salicylique se porte sur le mercure et il se forme en plus du chlorure de sodium qui maintient stable la solution de salicylate de mercure. Cette solution n'est pas irritante, ne

Digitized by Google

contient pas d'alcool et sert à divers usages, suivant son titre. Pour l'usage externe, elle peut être ainsi formulée :

Sublimé	1	gramme
Salicylate de soude	2	—
Eau	1000	—

Si l'on veut une solution plus faible, on emploiera la suivante :

Sublimé	1	gramme
Salicylate de soude	2	—
Eau	5000	—

En injections hypodermiques, pour le traitement de la syphilis, M. Vacher injecte un centimètre cube de la solution suivante, qui lui a donné les meilleurs résultats :

Sublimé	1	gramme
Salicylate de soude	2	—
Eau distillée	100	—

Un centimètre cube contient un centigramme de salicylate de mercure. L'injection n'est pas douloureuse et ne s'accompagne jamais d'abcès. Enfin à l'intérieur, on peut donner 15 à 20 grammes de la solution au 1/1000.

M. Chéneux (de Limoges) rapporte une observation de polype naso-pharyngien, chez un jeune homme de 17 ans, s'accompagnant d'hémorragies fréquentes, d'exophthalmie, et guéri par l'extirpation totale, après trachéotomie préalable.

Nomination du bureau pour l'année 1891 : M. Terrier est nommé président; M. Chauvel, vice-président; MM. Richelot et Bouilly, secrétaires annuels. H. M.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 *décembre* 1890

Présidence de M. le Dr Dumontpallier

De la tachycardie paroxystique essentielle.— M. Debove a observé récemment, dans son service, un cas de tachycardie paroxystique essentielle, dont voici les principales particularités. La nommée G..., 26 ans, entre le 20 octobre 1890 à l'hôpital Andral. Elle n'offre aucun antécédent héréditaire, n'est pas hystérique; depuis 12 ans, elle est sujette à des palpitations violentes qui surviennent au moindre effort, mais qui cessent rapidement. Elle a eu trois crises de tachycardie, la première il y a huit ans, la seconde il y a cinq ans ; la dernière, qui dure encore, a débuté le 5 octobre dernier, à 6 heures du soir, sans cause appréciable, par un vertige, puis une chûte avec lipothymie. Lorsque ce vertige fut dissipé, elle présenta de l'oppression, des palpitations violentes, un visage pâle, de la diarrhée, puis une transpiration abondante. Les palpitations ont continué les jours suivants ; et, à son entrée à l'hôpital, voici ce que l'on constate. Le cœur bat 200 fois à la minute : pas de souffle cardiaque, pas d'hypertrophie du cœur. Les pouls radial et fémoral sont imperceptibles. Les carotides sont animées de battements très faciles à sentir. Léger œdème des malléoles. Foie normal. Respiration à 36 ; quelques râles disséminés dans la poitrine. Appétit nul ; urines foncées, avec traces d'albumine, mais sans sucre. Ni goitre, ni exophtalmie, ni tremblement, ni aucun stigmate d'hystérie. Température normale. Régime lacté pour tout traitement.

Il s'agissait évidemment d'un cas de tachycardie paroxystique essentielle, dans laquelle la crise a présenté trois périodes distinctes, à savoir : une première de tachycardie sans asystolie ; une seconde de tachycardie avec asystolie légère, celle-ci résultant de la fatigue du cœur; enfin, une troisième période de déclin, pendant laquelle les phénomènes se sont progressivement améliorés.

M. Debove insiste sur certains caractères du pouls, fort utiles à constater au point de vue du diagnostic. Le pouls radial et même le pouls fémoral étaient non seulement incomptables, mais encore imperceptibles. Or, le pouls peut être incomptable dans le goitre exophtalmique, mais il n'est pas imperceptible. Il en est de même dans les diverses tachycardies symptomatiques. Dans la tachycardie paroxystique essentielle, il y a tout à la fois accélération énorme des battements du cœur et abaissement considérable de la tension artérielle, d'où la fréquence et la faiblesse du pouls. Le contraste entre l'énergie du cœur et la faiblesse de la circulation artérielle mérite donc de servir de ligne de démarcation entre les tachycardies symptomatiques et celle que nous appelons provisoirement essentielle.

Chez cette malade la température a fréquemment dépassé 39 degrés. D'après M. Debove, cette fièvre est un élément de la maladie ; c'est une fièvre nerveuse, comparable à la fièvre hystérique et à celle qui accompagne le goitre exophtalmique.

Du côté de la sécrétion urinaire, la malade a successivement présenté de l'oligurie, de la polyurie, de l'azoturie (jusqu'à 39 grammes d'urée par jour avec 1,600 grammes d'urine), puis de l'hypoazoturie (7 grammes d'urée avec 7 litres d'urine). Enfin, la malade a momentanément présenté un rétrécissement des pupilles.

Il paraît rationnel de considérer la tachycardie comme une névrose bulbaire ou bulbo-spinale, car un trouble de ces centres nerveux peut expliquer tous les symptômes essentiels : l'accélération des battements du cœur, l'abaissement de la tension artérielle, la fièvre, la polyurie, les phénomènes pupillaires, la mort par syncope.

M. Huchard a rapporté cette année deux observations de tachycardie paroxystique essentielle (*Rev. gén. et de clin. et de thérap.*, 18 août 1890). Dans l'une, il s'agit d'une femme de soixante ans, ne présentant aucun antécédent morbide, qui fut prise inopinément, en se baissant pour ramasser un objet, de violents battements de cœur avec un état d'oppression et de constriction thoracique très pénible. Le pouls, presque incomptable, atteignait de 250 à 300 pulsations par minute. La face était pâle, les lèvres légèrement cyanosées ; il y avait, de plus, des vomissements bilieux. Après trois jours de durée, ce cortège d'accidents disparut subitement. Deux mois après, les crises se reproduisirent, les unes courtes de quelques heures, les autres, longues, durant de cinq à huit jours. A la suite de l'une d'elles, qui avait déterminé une dilatation aiguë des cavités cardiaques, il se produisit un œdème léger des membres inférieurs. Comme la voie gastrique n'était pas tolérée pour les médicaments, le médecin de cette malade lui administra la digitale en lavements à haute dose : 80 centigrammes à 1 gramme de macération de feuilles. La crise cessa rapidement, pour se reproduire quelques semaines plus tard.

L'autre malade était un homme de cinquante ans environ, sujet depuis vingt-cinq ans à des crises de tachycardie qui survenaient d'ordinaire le soir lorsqu'il était sur le point de s'endormir. Alors le cœur battait follement (160 à 200 pulsations), il devenait très irrégulier et le malade éprouvait des sensations angineuses dans toute la poitrine. La crise persistait pendant la nuit pour disparaître le lendemain ; mais, à plusieurs reprises, elle a été d'une violence telle que l'on a craint une terminaison fatale.

Dans l'intervalle des paroxysmes ces malades ne présentaient aucun trouble cardiaque. Au moment des crises, M. Huchard a constaté, comme M. Debove, chez tous deux un abaissement considérable de la tension artérielle avec tendance syncopale; les battements du cœur présentaient le type qu'il a décrit sous le nom d'embryocardie. Il pense que cette maladie, dont les symptômes rappellent ceux d'une névrose paralytique du pneumogastrique, a probablement son siège dans la mœlle allongée à l'instar d'une affection d'ordre analogue, et caractérisée par

Digitized by Google

un *pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes.*

L'indication thérapeutique principale pendant les crises consiste à relever la tension artérielle; dans ce but M. Huchard conseille les injections d'éther, d'ergotine, d'ergotinine ou de caféine.

M. Rendu a observé pendant une année à diverses reprises à l'hôpital Tenon une femme atteinte de la même affection. La digitale a complètement échoué; l'opium au contraire, sous toutes ses formes, finissait par arrêter les crises. Celles-ci présentaient quelquefois une gravité excessive: la malade se cyanosait, s'infiltrait comme une asystolique, sans qu'il existât de lésion cardiaque; elle a fini par guérir.

M. Faisans a observé deux personnes de la même famille, atteintes de tachycardie paroxystique essentielle. La première était une jeune fille de 23 ans, chez laquelle les crises ont commencé l'année dernière pendant l'épidémie de grippe; elle avait de plus une insuffisance mitrale et était albuminurique depuis plusieurs années. Pendant les attaques, le pouls était imperceptible, les urines peu abondantes, il n'y avait pas de fièvre. Les injections de morphine parvenaient seules à calmer la malade. Elle succomba dans l'une de ces attaques syncopales. M. Potain, qui fut appelé auprès d'elle, considérait la tachycardie comme essentielle et indépendante de la lésion cardiaque. A peu près à la même époque, la mère fut prise des mêmes attaques paroxystiques et se trouva bien de l'emploi du valerianate d'ammoniaque. Depuis cinq mois elle n'a pas eu de nouvelle crise.

M. Guyot a administré avec succès dans un cas analogue la teinture de veratrum viride, mais l'emploi de ce médicament doit être surveillé avec le plus grand soin.

M. Debove, après avoir inutilement prescrit la caféine, l'ergotine chez sa malade, a donné la digitale qui a paru réussir, mais il fait remarquer que la crise touchait à sa fin; peut-être la digitale n'a-t-elle eu d'autre mérite que d'arriver au bon moment. Au surplus, comme la tachycardie essentielle se termine souvent par une syncope mortelle, on doit être très réservé dans l'emploi de ce remède, surtout, s'il s'agit de doses fortes.

Quant au pronostic de cette maladie, il faut distinguer une forme légère avec petits accès, compatible avec la vie, et une forme grave avec accès violents et prolongés, qui peuvent amener une fin prématurée.

La Société se réunit en comité secret pour la discussion du rapport de M. Rendu sur les propositions de réforme de l'enseignement médical en France et du concours des hôpitaux.

Dr H. Marciguey.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 décembre 1890

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

Du nombre des enfants, par famille, dans le Lot-et-Garonne. — M. Chervin a déjà montré, par une précédente communication, quelle était la distribution géographique en France des familles ayant 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 enfants. Et il avait appelé l'attention, en particulier, sur un groupe de départements du Sud-Ouest (dont le Lot-et-Garonne est comme le noyau) où les familles sont extraordinairement inféconds.

D'après sa nouvelle étude, M. Chervin montre que, dans le Lot-et-Garonne, il y a, pour 100 familles, dans chaque commune:

16	communes	ayant	moins de	100	enfants	
24	—	—	de	100 à 119	—	
54	—	—	de	120 à 139	—	
91	—	—	de	140 à 159	—	
90	—	—	de	160 à 179	—	
33	—	—	de	180 à 199	—	
10	—	—	de	200 à 219	—	
10	—	—	de	220 à 239	—	
4	—	—	au-dessus de	239	—	

M. Chervin prouve que ce sont les communes les plus riches qui ont le moins d'enfants, et inversement. C'est là, d'après lui, le principal facteur de la diminution de la natalité française.

Son étude sur la France entière et sa monographie sur le Lot-et-Garonne l'engagent à maintenir ses conclusions antérieures, à savoir: ne pas toucher au Code civil, mais développer l'hygiène et l'assistance, et surtout protéger l'enfance: ces trois mesures ayant pour but la diminution de la mortalité.

Ectasie de la vésicule biliaire. — M. Terrier lit l'observation d'une malade atteinte de cette affection. Elle entre à l'hôpital pour une tumeur énorme de l'abdomen qui s'était développée très rapidement. Une ponction donna issue à vingt-cinq litres de liquide jaune gomme-gutte. Le liquide s'étant reproduit rapidement, M. Terrier fit la laparotomie et constata qu'il avait affaire à une vésicule biliaire très dilatée et adhérente aux parties circonvoisines. Il essaya en vain d'en faire l'ablation complète, mais ne put y arriver en arrière. Il constata l'existence d'un calcul obturant le canal cystique et qu'il ne put extraire. Dans l'intérieur de la vésicule, on trouva un diplocoque provenant du duodénum. M. Terrier insiste sur l'importance diagnostique de la coloration jaune chrome ou gomme-gutte du liquide retiré par ponction des tumeurs abdominales. Bien que ce fait ne puisse être regardé comme pathognomonique, il n'en est pas moins vrai que cette coloration doit faire penser qu'on a affaire à un liquide contenant de la bile et, par suite, provenant du foie ou de la vésicule biliaire.

Des accidents produits par les liqueurs contenant des essences. — M. Lancereaux insiste sur la différence qui existe entre ces accidents et ceux produits par l'alcool. Les liqueurs contenant des essences produisent des accidents convulsifs rappelant ceux de l'hystérie.

Dans l'intoxication chronique, on constate des désordres fonctionnels du système nerveux. Ceux affectant la sensibilité sont les premiers en date. Ils consistent dans des sensations diverses ayant pour siège l'extrémité des membres, dans des engourdissements, des picotements, des fourmillements, des brûlures. Ces sensations s'étendent vers la racine des membres, quelquefois elles sont extrêmement vives.

La sensibilité est exagérée. Un simple attouchement de la plante des pieds est douloureux, le chatouillement fait bondir le malade. Le réflexe plantaire est exagéré, les autres sont normaux ou diminués. La sensibilité à la douleur est augmentée. Ces sensations sont symétriques. Les fonctions intellectuelles sont troublées. Le malade a des rêves terrifiants, des cauchemars, et enfin il tombe dans la démence et le gâtisme.

On observe des troubles de la motilité et des troubles vasomoteurs. La sécrétion sudorale est troublée. Il y a des crampes dans les doigts et dans les mollets, surtout pendant la nuit. Il se produit des paralysies: celles-ci sont caractéristiques de l'intoxication produite par les liqueurs renfermant des essences. Ce sont bien les essences et non pas l'alcool qui engendrent ces paralysies. Celles-ci débutent par les extrémités: elles siègent de préférence sur les extenseurs. Elles sont toujours plus marquées sur les membres inférieurs. Elles peuvent se généraliser.

Digitized by Google

M. Lancereaux conclut que : 1° les boissons contenant des essences sont nuisibles et produisent des accidents mortels ; 2° la mortalité causée par ces boissons devient excessive ; 3° l'Administration a lieu de se préoccuper de ce danger. M. Lancereaux pense qu'il y a lieu de limiter le débit des spiritueux, de frapper d'un impôt spécial les liquides renfermant des essences.

M. Lagneau pense qu'il serait utile de donner aux enfants des notions d'hygiène dans les écoles et de faire connaître au public le danger que lui font courir les liqueurs à essences.

M. Bergeron fait observer qu'on l'a déjà fait et que cela n'a pas servi à grand chose.

M. Laborde est d'accord avec M. Lancereau. Mais il est très difficile d'arriver à un résultat avec des lois ou des arrêtés. On pourrait obtenir peut-être de meilleurs effets en faisant des conférences avec expériences. Celles-ci frappent le public bien plus que tous les discours possibles. Il serait à désirer qu'on pût diminuer les débits de boissons.

M. Bourgoing lit une note sur le **traitement de la tuberculose par le fluorure de sodium.**

Election du Bureau pour 1891. — Sont nommés : Vice-président, M. Regnault, par 68 voix sur 73 votants. — Secrétaire annuel, M. Féréol, par acclamation. — Membres du Conseil, M. Guyon, par 63 voix sur 65 votants. M. Jaccoud, par 59 voix sur 63 votants. F. R.

LE REMÈDE DE KOCH

« Il est à craindre — ai-je dit au sujet du remède de » Koch — que l'humanité souffrante compte une déception de plus. »

Aujourd'hui, cette crainte paraît malheureusement se réaliser, et les expérimentateurs arrivent à de sévères conclusions que le simple raisonnement avait fait prévoir.

Ecoutez-les :

« Les injections de la lymphe aggravent la tuberculose viscérale au lieu de l'améliorer. — Dans la phtisie laryngée, elles peuvent produire un œdème de la glotte tel, qu'il faut se tenir prêt pour une trachéotomie d'urgence. — Elles sont inapplicables dans les phtisies fébriles, dans celles qui sont arrivées à la 2e ou 3e période ; nuisibles dans la granulose généralisée, dans les formes pneumoniques, dans la tuberculose méningée ; nuisibles encore dans la granulose de la plèvre où elles peuvent faire naître des épanchements dans les phtisies hémoptoïques parce qu'elles favorisent la production de violentes congestions pulmonaires ; nuisibles toujours dans les tuberculoses anciennes, limitées et éteintes que la lymphe mystérieuse réveille en leur donnant une poussée nouvelle. »

En regard de ces conclusions, il n'est pas inutile de rappeler le langage que je tenais, il y a quinze jours, à cette même place.

« On peut se demander, on se demande avec effroi, si l'injection de Koch n'exerce pas une influence aggravante sur la phtisie; si elle ne réveille pas de vieux foyers tuberculeux en train de se cicatriser ; si elle ne peut pas changer une forme chronique en phtisie aiguë, galopante et asphyxique ; si elle ne provoque pas autour de granulations, latentes et silencieuses jusque-là, de violentes congestions que les enseignements de la clinique nous ont toujours appris à redouter. On doit se demander si la grande quantité de bacilles rendus dans l'expectoration des malades soumis à cette médication, au lieu d'être attribués à « l'élimination du tissu tuberculeux », ne sont pas plutôt dûs à ce réveil de granulations bacillaires. On dit même que la lymphe de Koch ne peut plus déjà servir au diagnostic, puisqu'elle produit sa réaction sur des maladies non tuberculeuses. »

Jusqu'ici donc, Koch paraît avoir découvert un poison redoutable, mais non encore un moyen thérapeutique. On a paru ignorer que la puissance médicamenteuse d'une substance ne se mesure pas toujours à son degré toxique, et le curare, la muscarine, la nicotine qui sont aussi de violents poisons, ne sont pas entrés davantage dans le domaine de la pratique médicale. Il n'y a donc rien de changé en thérapeutique : il n'y a qu'un poison de plus.

L'Allemagne — toujours généreuse dans ses succès scientifiques comme dans ses victoires — voulant garder pour elle seule le profit d'une découverte qui intéressait l'humanité tout entière — a trop tôt escompté l'avenir thérapeutique d'un remède secret qu'elle sera, malheureusement dans un avenir prochain, obligée peut être de laisser pour solde. Ne nous en plaignons point On fera moins d'expériences sur l'homme, on en fera un peu plus sur les malheureux cochons d Inde.

Ceux qui ne veulent pas encore perdre l'espérance, prétendent « que l'utilité diagnostique de la lymphe se trouvera dans le dépistement des tuberculoses latentes. » Singulier réactif de diagnostic qui, pour faire parler une tuberculose latente et silencieuse, la réveille et l'aggrave ! Je préfère encore les procédés d'auscultation découverts par notre grand Laennec : ils sont peut-être moins sûrs quelquefois, mais à coup sûr, toujours moins dangereux.

Mais, quelle est la raison de ce prodigieux « emballement » qui a envahi le monde entier à l'annonce de la « grande » découverte ? On ne peut la trouver seulement dans le désir si ardent et si légitime que nous avons tous d'enregistrer enfin un moyen curatif à ce cruelle maladie qui fait tant de victimes. Elle n' [illegible] tout entière dans cette sorte de suggestion que les n[illegible] ont pu commander à nos esprits quand on a procl[illegible] d'emblée, et par décret, qu'une découverte à peine confirmée, est « extraordinaire, merveilleuse et admirable » ; ni même dans l'enthousiasme universel, qui, sans distinction de nationalité, acclamerait le nom de celui qui aurait trouvé le moyen de faire disparaître le bacille dévastateur. Koch lui-même qui, malgré tout, reste un grand savant, a pris soin de nous prémunir contre certaines exagérations qu'il semblait prévoir ou redouter.

Le grand coupable..... c'est le télégraphe mis au service de la science ; c'est une presse scientifique — fin de siècle — employant une activité fébrile pour surprendre jour par jour, heure par heure, des succès thérapeutiques qui demandent d'ordinaire la consécration de plusieurs mois ou de quelques années.

Qu'on se rassure ! Je ne songe pas à demander la suppression des télégraphes. Mais, avec la certitude de trouver des approbateurs, je demande un peu moins de hâte et de précipitation dans l'annonce des nouvelles scientifiques, et je dis que la vraie science, celle que nous ont apprise les Laennec, les Cl. Bernard, les Davaine, les Pasteur et les Charcot, a besoin de plus longs recueillements. Les amères déceptions de la méthode de Koch nous les imposent désormais, et pendant des mois encore les savants ont le devoir de garder le silence.

Henri Huchard

Digitized by Google

BULLETIN DE LA SEMAINE

L'enseignement dans les hôpitaux parisiens. — Le Conseil municipal et l'Ecole municipale de médecine de Paris. — A la Société médicale des hôpitaux. — En comité secret. — Directeurs de laboratoire. — Assistants. — La gazette de la discrétion académique.

Introduite devant l'opinion publique par une fraction de la presse indépendante, le *Progrès médical* d'abord, le *Journal des Praticiens* depuis, la question de l'enseignement de la médecine dans les hôpitaux parisiens est enfin posée devant les pouvoirs publics. C'est un premier résultat. Il a été long à obtenir. Depuis vendredi c'est fait accompli, et on doit ce résultat à la Commission de l'Assistance publique du Conseil municipal, au rapport de M. Strauss et, incidemment, à un discours que M. Vaillant prononçait dans cette même séance.

Il y a donc une question de l'enseignement de la médecine dans les hôpitaux parisiens ? C'est la demande que formulent ironiquement les partisans du *statu quo*, chaque fois que le débat s'ouvre à nouveau. « Où est-elle donc » cette question, objectent-ils ? Vous voulez avoir un » enseignement de la médecine dans les hôpitaux ? Mais, » il existe cet enseignement; la Faculté dispose de cli- » niques; ces cliniques ont même des élèves. » Et finalement, en *a parte*, comme il convient à de bons apôtres, des gens se trouvent pour venir nous dire à l'oreille : « Vos plumes sont téméraires. Vous allez trop » loin. N'éveillez point le chat qui dort. C'est le chat » universitaire. Nous réformerons, nous réformerons, on » réformera... demain. »

*
* *

Demain ! Toutes révérences parlées, c'était un peu trop comme sur l'enseigne du barbier Figaro, où depuis si longtemps, on lit : gratuitement demain... on rasera.

Etait-ce trop d'impatience ? En 1884, Bourneville écrivait après Delasiauve : la Faculté n'utilise pour l'instruction clinique des élèves que quatorze services hospitaliers sur cent trente-deux. « Aussi, la plupart des » élèves qui suivent les cliniques officielles n'en reti- » rent qu'un médiocre bénéfice. Et si un certain nom- » bre de médecins et de chirurgiens des hôpitaux indé- » pendants de la Faculté, ne faisaient pas interroger ou » examiner les malades de leurs salles par les élèves qui » assistent à leur visite, il serait possible de dire, sans » être taxé d'exagération, que l'enseignement clinique à » Paris, par rapport à la population des étudiants, est » dérisoire.

»... A côté de l'enseignement officiel, le Conseil mu- » nicipal a le devoir d'organiser l'enseignement muni- » cipal de la médecine. Il s'agit là, en effet, d'un enseig- » nement dont les résultats contribueront à fournir de » bons médecins, non seulement à une catégorie parti- » culière de citoyens, mais à tous les citoyens de la » grande ville et d'une partie de la France. »

Après cette citation, tout commentaire est superflu, mais, après l'avoir lu, on comprend mieux l'importance des déclarations que M. Strauss formulait vendredi dernier au nom de la commission de l'Assistance publique et aux applaudissements de la grande majorité du Conseil municipal.

Ces paroles, les voici d'après le compte rendu sténographique officiel :

« L'idée que j'émets ne m'est pas personnelle ; elle remonte à Delasiauve ; elle a été apportée ici par notre ancien collègue Bourneville, reproduite par notre autre regretté collègue et ami Robinet. Donnant à leurs propositions une forme trop radicale, ils ont pu éveiller quelques susceptibilités, la crainte d'une concurrence à l'Etat, de la création de facultés opposées à la Faculté existante, la crainte de voir imposer de trop lourds sacrifices à la ville de Paris.

Rien de tout cela aujourd'hui.

Nous savons que cette innovation n'est peut-être pas faite pour exciter l'enthousiasme au sein de la Faculté de médecine.

C'est le commencement d'une concurrence profitable et à l'Assistance publique et à l'enseignement de la médecine.

Nous devons tirer parti des ressources actuellement existantes dans les hôpitaux.

Vous avez pu lire le tableau des conférences faites, en dehors de la Faculté de médecine, dans les hôpitaux. Il est plutôt au-dessous de la vérité ; il existe de tous côtés des leçons cliniques faites au chevet des malades et pour lesquelles aucune communication ne m'a été faite.

Par les subventions que nous accordons aux laboratoires, musées, bibliothèques, conférences, etc., nous avons créé un noyau excellent d'enseignement pratique hospitalier.

En allant plus loin, ce système existant, nous rendons à l'Assistance publique des éléments qui lui échapperaient. Nous réveillons cet *enseignement médical au sujet duquel les juges les plus compétents ont jeté le cri d'alarme. Je sais que les étudiants étrangers désapprennent le chemin de Paris, qu'on ne vient plus s'y fixer, n'y trouvant plus les foyers d'enseignement qui existaient autrefois.*

Les malades en profiteront et les professeurs en auront un plus grand prestige ; médecins, chirurgiens, accoucheurs, seront entourés de plus d'élèves et verront s'étendre utilement leur influence et leur autorité.

Bien que M. Desprès ait accusé dans la *Gazette médicale*, votre rapporteur de se mêler de choses qui ne le regardent pas, j'estime que nous avons montré une trop grande mansuétude.

On a cru partout, jusque dans le Corps médical des hôpitaux, que l'*Assistance publique était pleinement autonome, qu'on ne consultait le Conseil municipal, que pour la forme qu'on ne dédaignait pas de solliciter son vote pour les travaux d'améliorations dans les établissements hospitaliers*, mais, que pour le reste, on le *traitait de haut comme une quantité négligeable.*

Nous estimons qu'il ne doit y avoir nulle part de *mandarinat.* Dussions-nous voir nos dépenses s'accroître, avoir des assistants à poste fixe dans les hôpitaux, nous devons faire davantage.

Nous croyons que, amorcé d'une façon si discrète, cet enseignement ne peut que rendre les plus grands services. »

Je n'insiste pas : depuis trois mois, les lecteurs de ce journal ont été mis au courant du débat. Ils connaissent les pièces du procès ; cela suffit, ils sauront lire... entre les lignes.

*
* *

Ces grands intérêts humanitaires et scientifiques obtiennent, au Conseil municipal, l'honneur de la discussion publique. A la Société médicale des Hôpitaux, on les discute à huis-clos. C'est de tradition, parait-il. Respectons les usages et les conventions.

Il est entendu que l'on ne sait rien de ce qui se dit derrière ces portes demi closes. Y rend-on des arrêts ? Y rédige-t-on des décrets ?

— Ce serait alors comme un Conseil des Doges.

— Mais non ; croyez-moi, ces habitudes d'une autre

Digitized by Google

époque ne sont point celles de ce savant aréopage. Il se constitue en Comité secret ; soit, cela ne veut pas dire en Comité discret.

Eh bien ! ne m'en voulez pas ; je respecterai ce secret et je n'imiterai pas ces confrères de la presse qui, « tout en ne divulguant pas, — c'est leur aveu, — les » renseignements qui ont pu leur être fournis de divers » côtés », s'empressent d'apprendre au public des choses intéressantes. Quelle discrétion ; c'est une vertu de gazette académique !

Nous éviterons ainsi, chers lecteurs, le cruel soupçon d'écouter derrière les portes. Nous ne saurons point que dans ce Comité secret on a formulé le vœu, très opportun, d'instituer, dans chaque grand hôpital, un *Directeur des travaux anatomo-pathologiques et bactériologiques*, et de créer des *assistants* à l'usage des médecins âgés de plus de cinquante ans; ce qui, par analogie, met en espérances tous les candidats — ils sont nombreux — aux fonctions d'*assistants en chirurgie*. Nous ne saurons pas non plus, — il ne faut rien savoir, — que cette question des assistants, si souvent sollicitée naguère, n'est plus acceptée aussi volontiers quand il s'agit d'imposer aux titulaires l'obligation du logement dans l'hôpital et de la sélection par le concours

Nous ignorerons encore — que ne devons-nous pas ignorer ? — qu'on propose la fondation, sur la rive gauche, à Lourcine et au Midi, de services de dermatologie et l'agrandissement de ces deux temples de Vénus par la construction de salles — ou plutôt d'autels — *ad majorem scabrorum gloriam*.

Tout cela est fort bien. Si cette œuvre doit s'accomplir, et elle s'accomplira tôt ou tard, je l'espère, pour l'utilité de tous, et non le profit de quelques-uns seulement, je dirai volontiers, à mon tour :

« Voilà le commencement de la future Ecole municipale de médecine des hôpitaux de Paris... » Je m'arrête, cela suffit ; j'ai promis d'être discret. Ne me faites pas manquer à ma promesse en me demandant, avec la majorité des médecins français, pourquoi on impose l'obligation d'un Comité secret puisqu'il s'agit de discuter seulement les intérêts des malades, ceux de la médecine française, et, ce qui vaut plus encore, ceux de la science et de la patrie !

CH. ELOY.

INFORMATIONS

PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — **Récompenses aux médecins des épidémies** :

Médailles d'or à MM. les Drs Aubert, médecin-major de 1re classe ; Senut, médecin-major de 1re classe.

Médailles d'argent à MM. les Drs Bidon (de Marseille) ; Boucher, médecin-major de 2e classe ; Brunon, Carlier (de Rouen) ; Collardot (d'Alger) ; Frilet, médecin-major de 2e classe ; Kelsch médecin principal ; Schoull, médecin-major de 2e classe, et E. Gruson, médecin aide-major de 1re classe ; Vaysse (de Quillan).

Rappels de médailles d'argent à MM. les Drs Chabenat (de la Châtre) ; Darolles (de Provins) ; Farges ; Fiessinger, d'Oyonnax (Ain) ; Hébert (d'Audierne) ; Lacaze (de Montauban) ; Le Roy des Barres (de Saint-Denis) ; Longet, médecin de l'hôpital militaire de Givet ; F. Poncet (de Cluny) ; Sollaud, médecin de 1re classe de la marine ; Torthe, médecin-major de 2e classe.

Médailles de bronze à MM. les Drs Baudoin et Klein, médecins-majors de 1re classe ; Gondouin (d'Argentan) ; Labit, médecin-major de 2e classe ; Eugène Doyen (de Reims) ; E. Laurent, médecin-major de 1re classe ; Marcos Arruda (de San-Paulo, Brésil) ; Masson, médecin-major de 2e classe ; Montané, médecin-major de 1re classe et Duponchel, médecin-major de 2e classe ; Mozer, médecin-major de 2e classe ; Mussat, médecin-major de 1re classe ; Plonquet (à Ay) ; Rayer (des Andelys) ; H.-L. Robert, médecin-major de 2e classe ; Rouveyrolis (d'Aniane).

Rappels de médailles de bronze à MM. les Drs Cavaillon (de Carpentras) ; Huguenard, médecin-major ; Jenot (à Dercy) ; Penant (de Vervins) ; Tartière, médecin-major de 2e classe.

Récompenses aux vaccinateurs. — 1° Un *prix de* 1,500 *francs* à partager également entre MM. les Drs Blaise (Ernest), Gouzien (Paul) et Hublé (Martial).

2° *Médailles d'or* à MM. les Drs Amat, médecin-major de 2e classe ; Dicquemare, médecin aide-major de 1re classe ; Duparé (Octave), médecin aide-major de 1re classe ; Schmit (Adrien), médecin-major au 20e escadron du train des équipages.

3° *Médailles d'argent* à MM. les Drs Adhéran, à Annonay ; Arragon (Henri), médecin aide-major de 1re classe au 1er régiment étranger ; Aucopt, à Doyet ; Aymé, à Requista ; Barmy, à Saint-Guillem-le-Désert ; Berjoan, à Vinça ; Berthier, médecin major au 26e régiment de chasseurs ; Blé, à La Roche-sur-Yon ; Boixo, à Prades ; Bompard, à Embrun ; Bouchard, à Saumur ; Bouteloup, à Orléansville ; Brou-Duclaud, médecin de 1re classe de la marine ; Carlier, médecin-major au 74e régiment de ligne ; Carpentier-Méricourt, à Paris ; Carton, médecin aide-major de 1re classe ; Cassan, à Banyuls-sur-Mer ; Caudesaignes, à Puylaroque ; Cayre, à Requista ; Chabaud, à Jaujac ; Charier, médecin-major de 1re classe au 3e régiment de tirailleurs algériens ; Charier, à Thouars ; Chonnaux-Dubisson, à Villers-Bocage ; Ciaudo, à Nice ; Collin, médecin major de 2e classe, à Paris ; Courrent (P.), à Tuchan ; Courtault, à Ourouer ; Courtois (E.), médecin-major au 55e régiment de ligne, à Marseille ; Crimail, à Nantes ; Delamare, médecin-major au 32e régiment de ligne ; De Welling, à Rouen ; Dornier (V.), médecin-major de 1re classe ; Davernet, à Paris ; Edelmann (H.), à Pantin ; Falmechon, médecin major de 2e classe au 117e régiment de ligne ; Frouin, à Saint-Nicolas ; Gellie, à Bordeaux ; Genoud, à Thonon ; Gerbault, médecin-major de 1re classe au 10e régiment de ligne ; Guyot, à Andelot ; Huguenard, médecin-major au 6e régiment de hussards, à Bordeaux ; Jacquot, à Montataire ; Jaubert, à Michelet ; Jay, à Paris ; Joly, à Neufchâtel ; Lagarde, à Montauban ; Laisney, à Coutances ; Lardier (P.), à Rambervillers ; Launay, au Havre ; Laurent (E.), médecin-major de 1re classe au 22e régiment d'artillerie ; Le Gad, au Havre ; Lieutaud, à Angers ; Liron, médecin major de 2e classe ; Loevel, médecin-major de 1re classe au 127e régiment de ligne ; Maltrait, à Saint-Bonnet-le-Château ; Mangenot, à Paris ; Mareschal, médecin-major de 1re classe au 2e régiment de pontonniers ; Marfan, à Castelnaudary ; Massina (François) à Boulou ; Maze, au Havre ; Moinel, médecin-major de 2e classe au 149e régiment de ligne ; Mouchet, à Sens ; Pascalis (G.), à Paris ; Pernet, à Rambervillers ; Perronnet, à Cherchell ; Plonquet (J.-L.), à Ay ; Pourquier, à Montpellier ; Putel, à Neuilly-sur-Seine ; Raoult, à Rostrenen ; Rivet, médecin-major de 1re classe ; Romain, à Valence ; Soulages, à Decazeville ; Thelliez, à Hénin-Liétard ; Tourneux, à Thiel ; Vaysse, à Quillan ; Viéron, médecin aide-major de 2e classe.

Le Directeur-gérant : HENRI HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

QUATRIÈME ANNÉE N° 53 31 DÉCEMBRE 1890

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, CHAPUT, DEMELIN, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

Avis. — *En raison des nombreux abonnements expirant le 31 décembre prochain, l'administration de la* REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE *prie instamment ses souscripteurs de lui faire parvenir au plus tôt le montant de leur renouvellement.*

Prime à nos abonnés. — A ceux de nos *abonnés anciens ou nouveaux* qui désirent se procurer les **Mementos thérapeutiques des praticiens**, nous rappelons que, en leur faveur, le prix de ce volume est :

De 2 fr. 50 livré dans nos bureaux ;

Et de 3 fr. 25 à domicile (franco de frais d'expédition et de poste).

Un nombre considérable de demandes de MEMENTOS *nous étant parvenues durant ces derniers jours, l'Administration du journal informe MM. les souscripteurs que l'expédition de ce volume ne peut se faire que successivement et dans l'ordre des inscriptions.*

Elle prie, en outre, MM. les abonnées qui lui ont adressés une souscription inférieure à 3 fr. 25 (*prix d'expédition et de port compris*), de vouloir bien la compléter le plus tôt possible.

REVUE GÉNÉRALE

MÉDECINE

De l'examen bactériologique des crachats tuberculeux

Depuis l'année 1882, date de la célèbre découverte de Koch, le bacille qui porte son nom est considéré d'une façon irréfutable comme l'agent causal nécessaire des nombreuses manifestations de la tuberculose. D'innombrables travaux sont venus confirmer les résultats obtenus, et la doctrine microbienne a eu définitivement gain de cause. D'ailleurs, le nombre des médecins encore opposés à cette étiologie se trouve pour ainsi dire perdu au milieu de l'immense majorité des convertis.

Dès les premières recherches qui suivirent la découverte de Koch, les médecins avaient attiré l'attention sur la valeur diagnostique de la présence du bacille dans les produits d'expectoration des malades. Bacille dans les crachats était devenu synonyme de lésions tuberculeuses des voies respiratoires; si bien qu'aujourd'hui l'examen bacillaire des crachats est d'une pratique courante toutes les fois qu'il s'agit de dépister une tuberculose pulmonaire au début de son évolution.

Mais aujourd'hui, plus que jamais, il importe que cet examen ne soit jamais négligé. La récente découverte de Koch, dont le secret reste jusqu'à nouvel ordre la propriété de l'autorité impériale, impose néanmoins à tout praticien sérieux d'établir dans tous les cas, d'une façon catégorique, le diagnostic de la maladie. Le savant allemand nous ayant donné l'espoir d'obtenir, dans un avenir prochain, une diminution de mortalité de 30 à 40 0/0 sur l'ensemble des malades que nous observons, il est indispensable que cette affection soit reconnue dès son début, afin qu'elle puisse être utilement combattue.

Les épithètes de bronchite, de rhume négligé, dont on se sert couramment encore, dans la pratique civile, devant le malade et son entourage, devraient, à notre avis, disparaître du langage des praticiens. Certes, nous savons qu'il faut ménager certaines situations, certains caractères nerveux impressionnables que le seul mot de phtisie épouvante, surtout dans certaines familles largement éprouvées. Cependant, si le diagnostic est bien établi dès le début par un résultat positif de l'examen bacillaire, l'intérêt même du malade ne permet pas qu'on se retranche derrière un mot aussi vague que celui de bronchite ou de rhume négligé. C'est l'intérêt même du malade qui est en jeu, c'est l'intérêt de son entourage qu'il faut préserver de la contagion ; c'est l'intérêt de la société elle-même, et il nous semble que tout cela vaut bien l'intérêt particulier et pécuniaire du médecin traitant. Si la famille du malade, et le malade lui-même, encore peu gêné par son affection commençante, reculent devant la sévérité des mesures prophylactiques et du traitement imposés par le médecin, celui-ci n'aura fait que son devoir, dût-il sacrifier pour cela ses intérêts de clientèle, ce qui ne nous paraît pas exact; car un bon diagnostic et surtout un bon pronostic ne sont jamais perdus.

La recherche méthodique du bacille dans l'expectoration des phtisiques comprend : 1° le choix du crachat; 2° le procédé de coloration du bacille ; 3° l'examen au microscope.

La nécessité de cet examen ne surchargera pas beaucoup le bagage des praticiens. A côté de sa seringue de Pravaz, à côté de sa trousse d'instruments, il trouvera facilement place pour quelques lamelles de verre, soigneusement lavées et flambées sur la lampe à alcool, puis déposées au fond d'une boîte dans un peu de coton. A l'aide d'une aiguille stérilisée à la flamme d'une lampe à alcool, il recueillera une très petite partie du crachat.

S'il s'agit d'hémoptysie, peu importe le choix du crachat. Cependant, il est préférable de ne pas attendre que l'hémoptysie soit presque terminée ; car les crachats sont alors semi-sanguinolents et ne renferment plus

Digitized by Google

qu'un petit nombre de bacilles, ce qui nécessite un examen beaucoup plus attentif. S'agit-il, au contraire, de crachats franchement nummulaires ou muco-purulents, il faudra toujours avoir soin de choisir les parties purulentes seules riches en bacilles. On en recueille un fragment gros comme une tête d'épingle, à l'aide d'une aiguille préalablement chauffée à la lampe afin de détruire les bacilles qui pourraient s'y trouver du fait d'une analyse antérieure. Cette particule est alors portée sur une lamelle soigneusement lavée et flambée, puis écrasée au moyen d'une seconde lamelle que l'on fera glisser sur la première entre le pouce et l'index. Les deux lamelles, séparées par glissement, sont ensuite desséchées à l'air pendant quelques minutes. On les fait passer rapidement à plusieurs reprises au-dessus de la flamme d'une lampe à alcool. Le crachat est alors définitivement fixé sur la lamelle. En somme, il suffit d'étaler la particule du crachat à examiner sur une lamelle de verre à l'aide d'une aiguille suffisamment stérilisée et de faire adhérer la mince couche de crachat, en la desséchant, sans la brûler, au-dessus de la flamme d'une lampe à alcool.

Depuis le procédé de coloration employé par Koch, de nombreuses modifications ont été introduites dans cette partie de la technique bactériologique. Mais aucune d'elles n'est indispensable. De plus, elles exigent de nombreuses manipulations et sont la cause d'une grande perte de temps. Pour éviter ces inconvénients, on prépare à l'avance une solution aqueuse d'aniline. Pour cela, on verse quelques gouttes d'aniline pure dans un tube à essai aux trois quarts rempli d'eau distillée, qu'on agite en fermant l'orifice avec le pouce jusqu'à produire une émulsion assez fine. On laisse reposer le mélange pendant quelques heures en agitant le tube à plusieurs reprises, et on filtre. Cette eau d'aniline ainsi obtenue peut se conserver assez longtemps. Mais il est bon de la renouveler tous les quinze jours, au moins tous les mois.

Quand on voudra colorer une lamelle chargée de crachats, on versera quelques centimètres cubes de cette solution dans un petit godet de porcelaine. On la chauffera au-dessus d'une lampe à alcool et dès qu'elle dégagera des vapeurs on ajoutera, quelques gouttes d'une solution alcoolique de fuchsine (alcool à 90° et cristaux de fuchsine en excès) jusqu'à ce que le mélange soit d'un rouge foncé. La lamelle sera placée aussitôt après dans le godet et l'on continuera à chauffer. Dès que le mélange entre en ébullition, on retire la lamelle qu'on lave à grande eau ; puis, on la décolore en l'agitant pendant quelques secondes dans un mélange de deux parties d'eau pour une d'acide nitrique environ. On enlève l'excès d'acide par un second lavage à l'eau qui fait reparaître la coloration rouge en partie et on achève la décoloration de la lamelle en la plongeant dans l'alcool faible d'abord, dans l'alcool à 90° ensuite. On laisse sécher à l'air et l'on n'a plus qu'à porter la préparation face en bas sur une lame de verre et à placer le tout sous l'objectif n° 7 du microscope.

Ce procédé n'exige pas beaucoup de temps et suffit dans la grande majorité des cas. Dans les cas douteux, il est nécessaire de prolonger l'action du bain colorant (bain de 24 heures à froid) de monter la préparation dans le banme de Canada après l'avoir éclaircie par l'essence de girofle et d'examiner au microscope avec l'objectif à immersion.

De même quand on voudra conserver la préparation il sera bon de la monter dans le baume. Enfin, on pourra encore rendre la préparation plus nette en procédant à une seconde coloration, à l'aide d'une solution alcoolique saturée de bleu de methylène. De cette façon, les microbes seront colorés en rouge et les autres parties du crachat en bleu.

En résumé, on voit que la recherche du bacille dans les crachats des tuberculeux n'exige, ni de longues manipulations, ni un arsenal de laboratoire bien compliqué : préparer à l'avance une solution d'eau d'aniline et une solution alcoolique saturée de fuchsine, plonger la lamelle à examiner dans le mélange, chauffer jusqu'à ébullition, laver à l'eau, décolorer par l'acide nitrique étendu d'eau, laver une seconde fois à l'eau, achever de décolorer par l'alcool, sécher et placer la préparation sur une lame de verre, voilà en quoi consiste le procédé. Il ne demande que quelques minutes et il suffit pour le mettre à exécution d'avoir les objets suivants : des lamelles et des lames de verre, une aiguille, un godet, une lampe à alcool, un microscope ordinaire avec l'objectif n° 7, et les réactifs suivants : l'eau d'aniline, la solution de fuchsine, de l'acide nitrique et de l'alcool à 90°.

Dr A. Weber.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

De la fuchsine comme topique contre les ulcères chroniques, par M. J. Rosenberg. — Ce topique a été employé dans quatre cas d'ulcères rebelles de la jambe et a, en quelques jours, amené leur guérison (*The N.-Y. med. Rec.*, 13 *Déc.* 1890.)

Voici la technique adoptée pour son emploi.

On fait usage de la solution alcoolique de fuchsine. Après avoir détergé la plaie avec de l'eau chaude, on applique à sa surface des compresses de linge imbibé de cette solution. On applique un bandage ouaté et on renouvelle le pansement tous les deux ou quatre jours.

Les avantages de ce pansement sont les suivants : disparition de l'odeur, de la douleur, de la suppuration fétide et production de granulations à la surface de la plaie. De plus, ce pansement est économique. S. R.

HYGIÈNE

De la désinfection des locaux infectés par le virus tétanique, par M. L. Bombicci. — Des expériences entreprises par l'auteur, il résulte que le lait de chaux n'a aucune action sur les spores du tétanos. (*Riforma medica*, 1890, p. 189.)

L'anhydride sulfureux ne détermine qu'une atténuation de ces spores. Le chlore, l'hypochlorite de chaux du commerce, le goudron liquide de houille ont une action énergique. L'hypochlorite de chaux ne perd pas son action par l'adjonction de lait de chaux.

On opérera donc ainsi : pour l'air atmosphérique, le chlore naissant; pour les murs, l'hyppochlorite de chaux commercial à 10 0/0, ou mieux, hypochlorite de chaux, 10 ; chaux vive, 25 ; eau, 100 ; pour les parquets et les boiseries, le goudron.

H. G.

Digitized by Google

MALADIES DES ENFANTS

Taille hypogastrique chez un jeune enfant, par M. Lecerf. — Le malade était âgé de 4 ans 1/2 et accusait, depuis six mois, des douleurs de miction, des besoins fréquents d'uriner, et de l'incontinence d'urine. Le toucher rectal, à défaut d'un explorateur de petit calibre, fit reconnaître un calcul vésical. (*Bull. méd. du Nord*, 12 décembre 1890.)

Comme antisepsie préparatoire on administra la dose de cinquante centigrammes de salol pour aseptiser les voies urinaires avant l'opération. On pratiqua celle-ci après la distension de la vessie par l'injection de cent grammes d'eau boriquée. C'est classique. Puis d'emblée on pénétra dans la vessie par une incision, on retira un calcul pesant trois grammes et on plaça les tubes de Périer. M. Lecerf admet qu'en présence d'un jeune sujet et quand le champ opératoire est restreint, il faut d'emblée pratiquer l'incision vésicale, introduire l'index dans la vessie et sans désemparer, saisir les lèvres de l'incision avec le pouce et pratiquer ainsi, facilement, l'extraction.

S. R.

THÉRAPEUTIQUE

Action de la protopine, par M. Engel. — Cette substance provient du suc de la grande chélidoine, plante de la famille des Papavéracées et paraît être un dérivé de l'opium. (*Arch. f. Exp. Path.*, 1890.)

L'auteur en a étudié l'action sur des grenouilles et constaté qu'à faibles doses elle se comporte comme un poison musculaire. Elle diminue les battements du cœur en nombre et en intensité. Elle ralentit la circulation, mais ne paraît point modifier la respiration. Enfin, elle augmente la réflectivité. C'est une substance à étudier, comme médicament musculaire et cardiaque.

S. R.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

DERMATOLOGIE

Un nouveau traitement de la pelade. — On sait combien cette affection est longue et difficile à guérir, qu'il s'agisse de la forme parasitaire, ou de celle qui semble dépendre d'un trouble nerveux spécial et rentre dans la classe des trophonévroses.

Un remède proposé par M. Chatelain est fort simple. Il consiste en application de collodion iodé.

1° Dans les trois cas que ce médecin distingué a traités, il s'est servi d'un mélange à 1/30, dont il a appliqué toutes les semaines environ une couche sur les plaques alopéciques.

Au bout de cinq semaines la guérison était complète.

La repousse des cheveux s'accomplit de la façon suivante dans la principale observation.

Cinq jours après la première application, on remarquait un léger soulèvement de la couche collodionnée, dû à l'apparition de quelques petits cheveux, disséminés çà et là à la surface de la plaque peladique.

2° Badigeonnage. — Le nombre des cheveux augmenta visiblement, en même temps, ils reprirent leur coloration normale. Ce travail s'exécuta dans l'espace de dix à quatorze jours.

3° Application. — En quatre jours environ les plaques dénudées se recouvrirent de cheveux dans toute leur étendue.

4° Badigeonnage. — Et 8 jours après les cheveux atteignirent plus d'un centimètre de longueur.

Une cinquième application ne fut pas nécessaire, la repousse des cheveux continua spontanément jusqu'à guérison complète.

Voici assurément un traitement et qui mérite être essayé. Est-il suffisant dans les cas d'alopécie étendue? l'expérience le prouvera. Il paraît toutefois efficace lorsqu'il s'agit de plaques à dimensions restreintes et nettement circonscrites.

Comment agit le remède? Il est possible que son action soit bornée aux pelades parasitaires et qu'il réussisse, surtout par sa carapace collodionnée, en empêchant l'arrivée de l'oxygène à des germes morbides, supposés aérobies.

Telle est au moins l'explication que propose M. Chatelain et elle nous semble parfaitement rationnelle.

Ce traitement enfin, en isolant les parties malades, permet aux peladiques de continuer à vivre en rapport avec leurs semblables, sans exposer ceux-ci à une contagion que l'on ne saurait trop redouter.

Dr Alex. Renaud.

OTOLOGIE

II. Traitement antiseptique des otites moyennes purulentes. — Cette médication recommandée par M. Tcheltzow (de Saint-Pétersbourg) consiste à utiliser les propriétés à la fois antiseptiques et modérément anesthésiques de la styrone ou alcool cinnamique.

On pratique quotidiennement trois ou quatre injections avec une cuillerée à café de la solution suivante dans un verre d'eau :

Styrone liquide.....	1 gr. 25 cent.
Alcool.....	20 gr.

S R.

TRAVAUX ORIGINAUX

CHIRURGIE

Sur quelques opérations tardives de la hernie étranglée avec guérison, sans entérotomie, de l'anus contre nature

Par M. le Dr Poiteau (1)

L'opération de la hernie étranglée, quoique délicate, est facile quand l'étranglement est de date récente, et la conduite à tenir par le chirurgien est réglée par des préceptes bien établis. Il en est tout autrement quand l'étranglement de l'intestin est ancien. Alors, l'intervention chirurgicale est hérissée de difficultés, et le chirurgien se demande souvent ce qu'il doit faire. Doit-il opérer?

Doit-il ouvrir largement l'entérocèle pour donner issue aux matières, sauf à tenter plus tard de rétablir le cours des matières intestinales par une entérotomie? Doit-il enfin s'efforcer de reconnaître l'intestin au milieu des produits plastiques qui l'entourent dans le sac herniaire, rompre les adhérences qui l'unissent au sac, et, après avoir fait le débridement, réduire toutes les portions saines en maintenant dans la plaie, hors de l'abdomen, les parties de l'intestin perforées ou sphacélées?

Ayant eu l'occasion de faire plusieurs herniotomies tardives, il m'a paru intéressant d'en raconter l'histoire,

(1) *Société médico-pratique* (27 octobre 1890).

Digitized by Google

qui présente, il me semble, quelque intérêt pratique à cause de la rareté de ces cas.

Des faits que je vais exposer, il me paraît résulter plusieurs conséquences pratiques : 1° on ne doit pas hésiter à opérer une hernie étranglée, quelque ancien que soit l'étranglement ; 2° on doit toujours s'efforcer de détacher, d'isoler l'intestin du sac, de le reconstituer le mieux possible, quelles que soient les difficultés opératoires ; puis le réduire, s'il est à peu près sain, en fixant au fond de la plaie, par quelques points de suture, les perforations ou les points sphacélés que présente l'anse intestinale. Si la perforation ou le sphacèle est peu étendu, ce qui est l'ordinaire, la circulation des matières se fait en partie en arrière de l'anneau herniaire, en partie par la perforation dans la plaie. Peu à peu celle-ci bourgeonne, se rétrécit, et l'anus contre nature ainsi produit guérit spontanément et d'autant plus facilement que le cours des matières s'est rétabli parfaitement dans l'abdomen.

Je vais citer deux observations d'entérocèle étranglée, à l'appui de cette manière de voir, l'une opérée le douzième jour de l'étranglement, l'autre le quatrième jour.

Obs. I. — *Entérocèle crurale droite étranglée. Opération le 12e jour* : Le 5 septembre 1875, je suis appelé à Puisieux, près d'un vieillard de 60 ans, C. D..., qui, depuis douze jours, rend de temps en temps des matières fécaloïdes, et n'a eu ni une selle ni une expulsion de gaz. Dans la région crurale droite se voit une petite tumeur, grosse à peine comme une mandarine, dure, un peu livide. Malgré l'ancienneté de l'étranglement, je tente l'opération avec l'assistance de mon confrère M. Pécourt. On ne reconnaît plus rien, ni tissu cellulaire, ni aponévroses, ni sac herniaire. Je procède avec la plus extrême circonspection, et cependant je me trouve tout à coup dans le sac sans le savoir. Un liquide sanieux et fétide s'en écoule, une petite anse intestinale brune, dépolie, couverte de produits plastiques pseudo-membraneux, roussâtres est sous nos yeux. Sur une grande partie de son étendue, l'anse intestinale adhère intimement à la paroi interne du sac, et je dois employer la spatule coupante pour la séparer. Dans ces manœuvres, un petit pertuis, que j'avais remarqué sur l'anse intestinale, s'étend et livre passage à un flot de matières stercorales. Je décolle du collet du sac les parties profondes de l'anse intestinale, je débride, et, après avoir bien nettoyé la plaie et placé quatre points de suture autour de la perforation intestinale, je réduis l'intestin ; enfin, après avoir réséqué le sac, je suture à l'anneau, dans le fond de la plaie, les bords de la perforation. J'ai ainsi un anus contre nature étroit, il est vrai, mais l'anse intestinale est rentrée presque en totalité dans l'abdomen. L'opération, fort laborieuse, dura une heure et demie.

Pendant plusieurs jours, les matières stercorales s'écoulèrent uniquement par la plaie, puis en partie par l'anus. Bientôt, la plaie ne laissa plus passer que les parties fécales les plus liquides. Je revois le malade le 22 septembre, dix-sept jours après l'opération. L'état général est bon, l'appétit et les forces reviennent. Une sorte de chyme sort par l'anus contre nature constitué par un orifice par lequel on peut difficilement introduire une sonde de femme. Depuis quelques jours, il y a eu deux selles moulées. Je fais obturer l'orifice avec une mèche de charpie. Dix jours après, la plaie était complètement fermée, sans orifice fistuleux, et les selles se produisaient régulièrement par les voies naturelles.

Ce vieillard existe encore ; ses fonctions intestinales s'accomplissent régulièrement sans coliques.

Obs. II. — *Entérocèle inguinale gauche étranglée. Opération le 4e jour* : Guérison à la suite de quelques cautérisations. Ce cas concerne Mme D..., de Saint-Amand (Pas-de Calais), femme âgée de cinquante-huit ans. L'étranglement date de quatre ou cinq jours ; mais la malade a beaucoup exagéré les accidents en voulant faire rentrer sa hernie de force. La tumeur herniaire est large, volumineuse, étalée, occupant toute la région inguinale gauche. La couleur est rouge, un peu violacée. Elle présente le caractère d'un œdème inflammatoire. L'infiltration empêche de bien limiter la tumeur. Il est évident qu'un phlegmon se prépare et que l'intestin est en fort mauvais état. J'hésite à opérer et je me demande, avec mon confrère, s'il ne suffirait pas, dans un cas pareil, de nous borner à ouvrir largement la tumeur. Car il faut intervenir : la malade est fort mal à l'aise, le ventre est fort ballonné, le pouls petit et fréquent, le hoquet presque continuel. La herniotomie est faite le 22 avril 1885. Je fais une incision de 15 cent. sur le grand diamètre de la tumeur et j'avance avec le bistouri couche par couche. Le sac très tendu est rempli d'un liquide sanguinolent ; étant incisé, l'intestin apparaît. Immédiatement par un petit pertuis intestinal s'échappe un jet de liquide fétide. L'intestin n'adhère nulle part. Il est fortement ecchymosé, noirâtre, dépoli, mou et flasque. Au-dessous de lui se trouve une masse épiploïque brune qui est coupée au-dessous d'une ligature. Large débridement pratiqué à plusieurs reprises, parce que l'anse intestinale très molle s'affaisse sous la pression des doigts et ne veut pas rentrer dans l'abdomen. Un fil est placé autour du pertuis intestinal et fortement serré, afin de l'oblitérer complètement. Ce fil est fixé à un des angles de la plaie de façon à maintenir la partie d'anse intestinale perforée au bord de l'anneau herniaire. Pansement avec linge troué et ouate phéniquée sans suture. Laudanum, deux gouttes toutes les deux heures.

24 avril. La malade n'est pas souffrante, elle n'a plus ni hoquet, ni vomissements. Elle a pris du bouillon et de l'eau vineuse. Elle n'a pas eu de selles, mais elle a laissé aller des gaz en abondance. Léger ballonnement du ventre, douleur légère à la pression au voisinage de la plaie, qui a bel aspect 126 puls : pouls faible.

28 avril. 104 puls. ; a eu plusieurs selles. Ventre moins ballonné, nullement douloureux. Un peu de matières fécales liquides commencent à passer par la plaie. L'épiploon est complètement sphacélé dans la plaie.

11 mai. Selles régulières et normales, pas de douleurs. Les matières fécales ne sortent plus par la plaie, qui est fort belle. L'épiploon sphacélé est tombé depuis plusieurs jours. Bon appétit. Un trajet fistuleux laissant suinter un peu de liquide persista pendant plusieurs semaines et guérit à la suite de deux cautérisations avec le thermo-cautère.

Dans ces deux cas, la guérison, quoique un peu tardive, fut aussi complète que si la herniotomie avait été pratiquée en temps utile, et si l'intestin avait été trouvé en bon état. Le procédé employé est certainement supérieur à l'entérotomie.

Le troisième cas, moins heureux comme suites, montre, comme les précédents, qu'on peut espérer le rétablissement du cours des matières sans entérotomie, en réduisant un intestin en apparence sphacélé.

Obs. III. — *Kélotomie au huitième jour de l'étranglement.* Le 14 décembre 1882 je suis appelé par un confrère à visiter, à Rivière, le nommé F... atteint depuis 8 jours de hernie irréductible, et présentant tous les symptômes d'un étranglement intestinal : absence de selles, vomissements fécaloïdes, coliques, ballonnement du ventre, anses intestinales se dessinant sous la peau. A la région inguinale droite je trouve une volumineuse tumeur bilobée occupant toute la région inguinale et le scrotum. Le lobe supérieur est dur et tendu, le lobe inférieur mou, fluctuant et simule une hydrocèle. Le malade, peu intelligent, ne peut donner aucun renseignement. La peau n'offrant aucune apparence livide, aucun symptôme de péritonite n'existant, la kélotomie est décidée ; elle est fort laborieuse et dure une heure environ. Incision avec le bistouri d'un pli de la peau, puis des tissus sous-jacents sur la sonde cannelée jusqu'au sac. Incision du sac qui est épais et adhérent à l'in-

Digitized by Google

testin sans interposition de liquide.» L'intestin paraît dépoli, tomenteux, rouge vineux, parsemé de petites taches ecchymotiques. Je sépare l'intestin de la paroi interne du sac en détachant les adhérences, soit avec le doigt, soit avec une sonde de femme. A la partie inférieure de la tumeur, vers le scrotum, le sac paraît fermé, et le lobe supérieur de la tumeur ne paraît pas communiquer avec l'inférieur. Une exploration attentive me fait découvrir un orifice étroit de communication. Il s'agit de deux sacs superposés communiquant au moyen d'un orifice pouvant admettre à peine l'extrémité du petit doigt. L'intestin s'insinue par cet orifice dans le sac inférieur. J'incise ce deuxième sac : écoulement d'un liquide sanguinolent, fétide, mais exempt de matières fécales.

Dans ce sac apparaît une anse intestinale longue de 0,20 c. environ, évidemment sphacélée. Un prolongement épiploïque sort de la cavité abdominale et vient s'insérer sur le col qui sépare les deux sacs l'un de l'autre. Que faire de l'anse intestinale qui occupe le deuxième sac? Je suis d'avis de la reséquer, d'adosser au fond de la plaie l'une à l'autre, comme les deux canons d'un fusil double, les deux portions qui occupent le sac supérieur, portions assez saines pour pouvoir être conservées, de créer un anus contre nature, de préparer ainsi une entérotomie, qui plus tard rétablirait le cours des matières. Mon confrère insiste pour la réduction de la totalité de l'intestin hernié. Je cède à regret, et, après avoir débridé, je réduis en laissant la partie sphacélée au fond de la plaie abdominale.

3 Janvier. — J'apprends avec surprise que l'opéré a été plusieurs fois à la selle par les voies naturelles, les jours qui ont suivi l'opération, et qu'il continue d'y aller assez régulièrement. Mon confrère qui a vu le malade tous les jours me dit que depuis quelques jours « seulement » il s'écoule de la plaie un peu de pus et de liquide fécal.

24 Janvier. — L'état général est devenu bon, le malade reprend des forces et mange bien, il va à la selle tous les jours. La plaie restée fistuleuse laisse écouler des matières fécales liquides, mêlées de pus et parfois de débris de membranes.

Plus tard le malade est devenu phtisique et est mort dans le courant de l'année sans que son orifice fistuleux se soit complètement fermé, le cours des matières s'est rétabli par les voies naturelles, et que la guérison de l'anus contre nature se serait sans doute produite sans l'invasion de la tuberculose. Je pourrais citer encore plusieurs cas de kélostomie tardive, faite les 4e, 5e et 6e jours, dans lesquels, l'intestin ayant été réduit entièrement, la guérison fut complète.

J'ai voulu seulement montrer par les trois observations citées qu'on peut obtenir une *guérison sans entérotomie* dans des cas où l'intestin est perforé ou sphacélé en partie.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

BORDEAUX : **Société de médecine et de chirurgie** (5 décembre 1890). — I. *Traitement de l'hydrocèle par la ponction.* — LYON : **Société nationale de médecine de Lyon** (15 décembre 1890). — II. *Différences entre rhumatisme noueux des enfants et des adultes.* — III. *Traitement de l'héméralopie.* — **Société des Sciences médicales** (17 décembre 1890). — IV. *De la conduite à tenir dans un cas de rupture utérine pendant l'accouchement.*

I. **Traitement de l'hydrocèle par la ponction.** — Cette méthode opératoire a donné à M. POUSSON des résultats favorables dans trois cas d'hydrocèle.

Le premier était celui d'un homme de soixante ans, ayant une hydrocèle descendant jusqu'au milieu de la cuisse et causant une gêne véritable. On fit une ponction avec la seringue de Pravaz. Cet examen fait et jour pris pour l'opération, on s'aperçut, avant d'opérer, que la maladie avait diminué de près de moitié. Pour assurer la disparition complète de la tumeur, on instilla quelques gouttes d'alcool, suivant le procédé de Gustave Monod, et la guérison fut complète.

Le même procédé échoua dans le second cas; celui d'un vieux prostatique de soixante quatorze ans qui, par des sondages répétés, s'était donné une épididymite qui entraîna la formation d'un hydrocèle. Le malade ayant refusé la ponction avec injection iodée et la ponction simple, M. Pousson pratiqua, à titre explorateur, une aspiration avec la seringue de Pravaz. Le soir même, gonflement du scrotum, œdème rapide des bourses, du fourreau de la verge et du prépuce. Peu à peu, cet œdème disparut et la tunique vaginale se remplit de nouveau de liquide. Il y avait eu infiltration du liquide de la vaginale dans le tissu cellulaire du scrotum.

Dans le troisième cas, on avait affaire à une volumineuse hydrocèle descendant au milieu de la cuisse. M. Pousson, après avoir reconnu l'hydrocèle, proposa une ponction; le malade refusa, partit, puis revint. Pour s'éclairer sur la nature de l'affection, on fit une ponction avec la seringue de Pravaz et on retira un liquide clair citrin caractéristique. Le malade guérit.

On voit donc que, dans certains cas, l'hydrocèle peut guérir par simple ponction; ce n'est pas là une chose nouvelle.

Ce qu'il importerait d'établir, ce sont les indications de cette opération. M. DUPON le fait remarquer, et on ne saurait ni traiter, ni juger de même une hydrocèle jeune sans altération des membranes et une hydrocèle vieille avec épaississement et induration de ces dernières.

De plus, pour notre estimé confrère bordelais, les guérisons par la ponction simple sont rarement complètes, et, pour les assurer, il faut combiner l'injection avec la teinture d'iode. La ponction simple est donc inférieure à la méthode des injections.

II. **Différence entre le rhumatisme noueux des enfants et des adultes.** — A propos de l'observation d'une petite malade entrée dans son service avec déformations rhumatismales symétriques des membres supérieurs et du côté des vertèbres, M. PERRET fait remarquer les différences de l'évolution de cette maladie suivant les âges.

Chez les enfants, l'affection est moins centripète que chez les adultes; mais le nombre des articulations qui sont prises simultanément est plus considérable. De plus, on note, pendant un temps plus long, des périodes d'exacerbation et de rémission.

Le caractère des déformations diffère aussi. Elles sont moins nettes chez les enfants que chez les adultes; revêtant plutôt le type de la flexion et de l'extension. Par contre, il y a rareté de ces complications si fréquentes chez les adultes: à l'exception toutefois des lésions des cardiaques.

En retour la guerison, si exceptionnelle pour ces derniers, se produit souvent chez les enfants.

Est-ce pour ce motif que M. TEISSIER considère comme une erreur de diagnostic d'admettre l'identité du rhumatisme noueux de l'enfant et de celui des adultes. Pour lui, il faut aller plus loin et chercher, dans le système nerveux, l'origine de ces arthropathies. Remarquons que cette opinion n'est pas inédite.

Quel traitement adopter? Les iodures alcalins à l'intérieur. M. Perret a ordonné l'iodure de potassium. Comme topique l'application sur les jointures malades de préparations iodurées. C'est en effet, une médication qui a fait ses preuves.

III. **Le traitement de l'héméralopie.** — On sait que l'héméralopie peut être essentielle ou symptomatique: essentielle

Digitized by Google

chez les marins et les soldats, symptomatique au début de la rétinite pigmentaire. C'est de cette dernière, qui ne guérit point seule, que M. Grandclement s'est occupé dans ses recherches thérapeutiques.

Il l'a traitée par l'antipyrine en injections sous-cutanées à la dose de 25 centigrammes, et, guérison surprenante, il a obtenu trois succès sur trois malades.

L'un, âgé de 28 ans, était héméralope et atteint d'un tic douloureux de la paupière. Après six injections il était guéri de son héméralopie mais conservait son tic douloureux contre lequel on avait essayé l'antipyrine.

Même succès après cinq ou six injections chez une femme héméralope depuis dix-neuf années. La cécité disparut et l'amélioration s'est affirmée par un traitement de douze à quinze mois.

Enfin troisième cas non moins heureux ; un employé de chemin de fer ainsi traité a pu reprendre son service.

Quelle est l'action de l'antipyrine dans ces cas ? Est ce une action nerveuse ? Non d'après l'auteur, qui, partisan des théories de Boll et Kuhn sur l'héméralopie par manque de liquide dans le pourpre rétinien, expliquerait l'efficacité de l'antipyrine par un phénomène analogue à ceux qu'elle produit dans les dyspepsies. C'est une hypothèse; ce qu'il faut désirer, c'est plutôt une confirmation des faits curieux, signalés par notre confrère lyonnais.

IV. **De la conduite à tenir dans un cas de rupture utérine durant l'accouchement.** — On admet l'utilité d'intervenir chirurgicalement par la laparotomie. Est-ce toujours possible ? Le cas suivant, rapporté par M. Vinay, ne permet pas d'être aussi affirmatif.

Une femme, en deuxième grossesse, entre dans son service. Les douleurs sont intenses, la présentation est élevée ; la dilatation se fait cependant. Au moment de la descente de la tête, la patiente éprouve une vive douleur et tombe en collapsus. Pouls petit, face grippée, température 36°, tête sur le plancher. On applique le forceps ; mais les accidents persistent après l'extraction ; mort.

Il y avait rupture de l'utérus, — on le vit à l'autopsie — avec tumeur sanguine sous-péritonéale, mais sans péritonite. Cette femme avait succombé à l'anémie ou au choc.

Le traitement médical du collapsus a été le suivant : injections d'éther, champagne, cognac; antisepsie minutieuse. C'était la seule médication indiquée.

S. R.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 27 octobre 1890

Présidence de M. le Dr Michel Dansac

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté. La correspondance manuscrite comprend : 1° une lettre de M. Garrigou-Desarènes demandant l'honorariat; 2° une lettre de démission de M. le Dr Luc. La correspondance imprimée comprend : 1° deux brochures offertes par M. Desnos ; 2° diverses publications périodiques.

A l'occasion du procès-verbal, M. Potherat fait les observations suivantes :

En entendant l'exposé du fait si intéressant d'*énorme sarcome* du thorax qu'est venu nous apporter M. Schwartz, il m'est revenu à l'esprit un fait à peu près analogue, dont j'avais été témoin dans le service de M. Guyon, alors que j'avais l'honneur d'être son interne. Quoique moins important le cas mérite pourtant d'être rapproché de celui de M. Schwartz et j'ai été heureux de le retrouver dans mes notes, le voici :

Il s'agit d'une femme de 64 ans, forte, vigoureuse, n'ayant jamais été malade, quoique ayant mis au monde neuf enfants. Cette femme vint à Necker en 1886, parce que 2 à 3 mois auparavant était apparue sur la paroi thoracique, à droite, près de l'aisselle, une tumeur très dure. Cette tumeur ne lui causait pas de douleurs, mais comme elle grossissait rapidement (en quelques semaines, elle aurait passé du volume d'un œuf à celui d'un fort poing d'homme), cela l'inquiétait et elle désirait en être débarrassée.

Quand on l'examinait, on voyait sur le thorax en prolongement de la ligne axillaire, mais au-dessous de l'aisselle, très en dehors de la mamelle, avec laquelle elle n'avait aucune connexion, une tumeur arrondie, du volume d'une tête de fœtus, très saillante, ayant quelque tendance à se détacher en quelque sorte, bien limitée. Assez régulière à sa surface, elle ne présentait en aucun point soit de l'induration, soit du ramollissement, sa consistance, partout la même, était ferme, élastique. La peau mobile dessus était un peu irritée par l'application récente d'un topique irritant. Il y a un développement assez considérable de la circulation veineuse superficielle. Mobile sur les parties profondes à l'état de repos, elle semble se prolonger en haut non pas vers l'aisselle, qui est normale, mais sous le petit pectoral vers le sommet de l'apophyse coracoïde et vers le triangle sous claviculaire. Sauf, vers ce point, les doigts pénètrent au-dessous de la tumeur à sa périphérie. Mais quand on faisait contracter les muscles pectoraux on constatait que la tumeur se fixait notablement.

La tumeur, je le répète, était indépendante de l'aisselle ; il n'y avait ni œdème, ni différence, dans les pulsations de la radiale, de l'un et de l'autre côté, ni douleurs irradiées. La tumeur était peu douloureuse par elle-même, nullement à l'exploration. En aucun autre point du corps il n'y avait ni ganglions tuméfiés, ni aucune autre tumeur ; j'ai déjà dit que l'état général était excellent.

Sous l'influence d'examens répétés et de manipulations fréquentes, on constata un accroissement rapide, et des douleurs apparurent. M. Guyon ne retarda alors pas davantage l'intervention, qui fut assez difficultueuse; car si le détachement de la partie latérale du thorax fut assez facile; on constata que la tumeur remontait sous le petit pectoral soulevé, étalé, et même pénétré en partie, qu'elle atteignait l'apophyse coracoïde, et était en connexion avec la veine axillaire à sa partie terminale.

Cette veine fut même intéressée au cours de la dissection et l'on dut lui pratiquer une ligature latérale. Les suites opératoires furent simples. La réunion immédiate fut obtenue, et 15 jours après l'intervention la malade était guérie. Elle n'a jamais été revue depuis lors.

La tumeur fut examinée au point de vue de sa nature histologique. Cet examen, fait par mon collègue et ami le Dr Clado, a montré qu'il s'agissait de sarcome peut-être développé dans les ganglions qui accompagnent l'artère mammaire externe, plus probablement dans les parties molles.

Vous voyez que cette observation méritait d'être jointe à celle de M. Schwartz; elle offre cette particularité que la malade était âgée, et que cependant le développement paraissait être récent; toutefois il est probable que le point de départ était plus ancien que cette femme ne l'indiquait. Quoique bien moins considérable que dans le cas de M. Schwartz l'intervention, vous le voyez, qui paraissait devoir être aussi simple que l'énucléation d'un lipome capsulé n'a pas laissé que d'être assez importante, puisqu'elle a conduit à une dissection étendue et laborieuse et à une ligature latérale de la veine axillaire.

M. Poiteau fait une communication sur l'**opération tardive de la hernie étranglée**, et de la **guérison spontanée**, sans emterotomie, de l'anus contre nature en résultant. (Travail de candidatur (Voir p. 843.)

M. Routier remarque qu'il est rationnel d'utiliser le sphacèle intestinal pour l'anus contre nature.

Digitized by Google

Il a vu une jeune femme atteinte d'étranglement herniaire, qu'il a opérée avec M. Nélaton. L'anse intestinale de cette hernie crurale était tachetée de points paraissant en voie de sphacèle ; l'orifice fut laissé béant par mesure de précaution, mais la guérison intervint sans que le sphacèle se produisit. Il pense donc qu'il n'est pas indiqué de réséquer les parties de l'intestin qui paraissent devoir se sphacéler, pour réduire après.

M. Tripet fait un rapport moral sur la candidature du Dr Poitevu, et conclut à l'admission. M. Schwartz confirme ces conclusions.

M. Desnos fait une communication sur un cas de **lithrotritie chez un vieillard de 83 ans** (Sera publiée).

M. Potherat. — Le conseil que donne M. Desnos est d'accord avec l'avis de M. Guyon. L'opération ne doit être tentée chez le vieillard qu'en cas de nécessité, et alors c'est à la lithotritie qu'on aura recours. J'ai assisté pour ma part à une lithotritie faite chez un sujet de 90 ans par M. Guyon. Dans ces cas, le danger paraît résider plutôt dans la chloroformisation que dans l'intervention chirurgicale.

M. Delefosse. — La communication de M. Desnos est intéressante ; pour ma part c'est l'état général du malade que je considérerais surtout. Du reste le champ de la lithotritie s'étend à mesure que se perfectionnent les procédés d'antisepsie.

M. Schwartz. — C'est l'état général et l'état du rein qui importent dans cette question d'intervention chez le vieillard, plus évidemment que l'âge de ceux-ci. Le chloroforme est bien supporté même à l'âge de 78 ans, si cet état général est bon. J'en ai eu encore un exemple tout récent dans un cas d'amputation de la verge pour un épithélioma.

M. Desnos n'a employé que très peu de chloroforme, car on a eu recours à des injections de morphine et d'atropine.

M. Delefosse. — Pour l'antisepsie des voies urinaires, qu'on cherche après la lithrotritie, je n'ai pas obtenu de très bons résultats de l'emploi du salol.

M. Vigier propose d'employer l'acide borique à l'intérieur à haute dose, pour antiseptiser les urines ; il a pris lui-même expérimentalement de hautes doses (8-15 grammes) de ce corps et a pu constater qu'il s'élimine en partie dans les urines.

M. Gautrelet. — Qu'elle quantité retrouve-t-on dans les urines ?

M. Vigier n'a pas fait d'analyses quantitatives.

M. Schwartz. — La question de l'antisepsie des voies urinaires par médicaments internes n'est pas encore élucidée, et il serait désirable qu'elle fût résolue par voie expérimentale.

M. Vigier a conservé ses urines à l'air libre, et elles n'ont pas fermenté à la suite du traitement par l'acide borique qu'il s'est imposé.

M. Potherat. — Les expériences réclamées par M. Schwartz ont été faites, et ont montré la persistance de la bacterie septique malgré l'administration du salol.

M. Desnos a obtenu cependant de bons résultats par l'emploi de ce médicament.

M. Gautrelet recommande le sulfocarbone.

M. Bouloumié. — Je ne crois pas que l'acide borique puisse agir lorsqu'il est pris à l'intérieur.

M. Paul Blocq fait une communication « sur la **guérison d'un cas d'impuissance datant de trois ans** ».

M. Delefosse. — Il y a des cas d'impuissance difficiles à interpréter. Tel, un de mes malades qui peu après son mariage ayant vu sa femme devenir folle, fut affecté intensivement et devint impuissant.

M. Paul Blocq. — L'impuissance ne dépendait-elle pas dans ce cas d'un état neurasthénique provoqué par le choc moral inhérent à cette circonstance ?

M. Delefosse. — Je ne sais trop, mais le fait est que ce malade est devenu peu à peu impuissant. J'ai revu un autre sujet syphilitique, qui a eu de l'impuissance, en même temps que de l'incontinence d'urine, sans symptômes d'ataxie locomotrice.

M. Paul Blocq. — Il s'agit incontestablement, dans ce dernier cas, d'une impuissance d'origine spinale, qui, dans la circonstance, pourrait bien représenter le signe initial ou mieux avant-coureur du tabes dorsal.

M. Potherat cite un cas d'impuissance dans lequel l'opération d'un très petit varicocèle entraîna la guérison.

M. Paul Blocq. — Je crois que l'impuissance, dans le fait qui nous est signalé, était surtout psychique, et que c'est dans ce sens qu'a agi l'opération.

M. Desnos cite deux cas d'impuissance coexistant avec un varicocèle et dont la guérison a suivi l'opération, Dans ces cas il s'est contenté de faire une légère section du scrotum sans toucher aux veines. Aussi pense-t-il que l'influence de l'opération est surtout psychique, et que l'impuissance ne dépendait pas de troubles circulatoires.

M. Gautrelet demande si l'indican a été recherchée dans l'urine des malades, où ce corps peut exister dans les cas de troubles de la circulation spinale.

M. Paul Blocq n'a pas fait cette recherche particulière, les urines étant normales quant au reste.

M. Wickam. — Le sujet dont M. Potherat a rappelé l'histoire offrait cette particularité qu'il redevenait puissant dès qu'il portait un suspensoir, c'est pourquoi j'ai proposé la resection du scrotum. Je rappelle à cette occasion que cette opération, dont j'ai eu l'initiative, n'a fini par être adoptée que plusieurs années après que j'en avais parlé.

L'un des secrétaires,
Dr Paul Blocq.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 décembre 1890.

Présidence de M le Dr Horteloup

Plaie du rein. Néphrectomie. — M. Villeneuve (de Marseille) envoie une observation de plaie du rein.

Un marin reçoit un coup de couteau dans le flanc gauche et entre à l'hôpital trois heures après l'accident ; les urines renferment du pus pendant plusieurs jours, puis la plaie abdominale se cicatrise. Le malade continue à ressentir des douleurs profondes dans la région lombaire, la fièvre s'allume avec tous les symptômes d'un abcès profond.

M. Villeneuve ouvre un abcès peri-néphrétique, par une incision pratiquée au niveau de l'ancienne cicatrice, le rein paraît sain. Le foyer purulent est bourré avec la gaze iodoformée, la fièvre persiste. Une odeur fécaloïde s'exhale du foyer purulent, sans qu'il y ait issue de matières fécales.

L'état général devient mauvais; le chirurgien se décide alors à enlever le rein par néphrectomie. Dès lors, la température redevient normale; la quantité des urines de 550 grammes le premier jour s'élève à 1100, 1300 grammes. La maladie évolue rapidement vers la guérison, qui est complète le 29 juillet. Le rein enlevé présentait à sa surface une cicatrice, causée par le coup de couteau.

M. Villeneuve attribue l'infection de la plaie à une blessure probable du côlon.

Luxation de la hanche. — M. Nélaton fait un rapport sur une observation de M. Le Clerc, (de Saint-Lô), relative à une luxation pathologique de la hanche dans la convalescence d'une fièvre typhoïde. Un enfant de neuf ans, ayant eu la fièvre typhoïde au mois d'avril, est pris le 2 mai d'une violente douleur dans la hanche droite, il reste souffrant pendant une

Digitized by Google

semaine; puis le 11 mai, la fesse commence à se tuméfier, le membre inférieur se place dans la flexion et l'adduction; il existe de la fièvre, de l'anorexie, de l'insomnie; la température varie de 39°5 à 41°; le 17 mai elle tombe à 38°5. En présence de ces symptômes M. Le Clerc pense qu'il s'agit d'une périostite phlegmoneuse de l'os iliaque, dont l'incision est devenue nécessaire. Le malade est endormi sous le chloroforme. La région est alors plus facilement examinée et M. Leclerc constate l'existence d'une luxation de la tête fémorale dans la fosse iliaque externe, sans trace de suppuration, elle fut réduite très facilement, mais se reproduisit spontanément plusieurs fois. Enfin, le 14 octobre, le malade semblait définitivement guéri.

Les luxations spontanées de la hanche sont assez rares; cependant M. Verneuil en a rapporté plusieurs observations; d'après cet auteur, le mécanisme de cette luxation est produit par la contraction des adducteurs de la cuisse qui fait saillir en arrière la tête femorale, et la chasse de la cavité cotyloïde, après déchirure de la capsule.

Récidive cancéreuse après extirpation d'un kyste de l'ovaire. — M. Schwartz. Notre collègue M. P. Michaux nous a communiqué une observation de cancer de la paroi abdominale dans la cicatrice, après extirpation d'un kyste de l'ovaire; plusieurs observations en avaient déjà été rapportées par MM. Panas, Terrillon, et Poupinel, toutefois la récidive dans la cicatrice abdominale est assez rare. Il s'agit d'une femme qui avait été opérée quatre ans auparavant d'un kyste de l'ovaire par M. Labbé. Plusieurs nodosités carcinomateuses étaient disséminées dans la cicatrice ; une masse isolée faisait saillie au niveau de l'ombilic. Il existait de plus une adénopathie dure dans la région inguinale droite. La malade se plaignait de douleurs profondes dans l'abdomen, et présentait tous les symptômes de la cachexie cancéreuse. La tumeur qui était le point de départ de ces accidents était un kyste uniloculaire à parois minces, sans adhérences de voisinage et dont l'extirpation avait été très facile.

Deux hypothèses permettent d'établir la pathogénie de ces accidents. On peut songer en effet à une récidive du cancer dans le pédicule formé après l'ovariotomie, ou bien admettre que des cellules cancéreuses du kyste se sont greffées dans la plaie abdominale au moment de l'opération ; c'est vers cette dernière hypothèse qu'incline M. Michaux.

M. Terrillon cite deux exemples de greffe cancéreuse dans l'abdomen, provenant de kystes de l'ovaire. Au mois de mai 1889, il opère une femme d'un kyste de l'ovaire, rompu depuis quelques jours dans l'abdomen. Des masses gélatineuses s'étaient greffées sur l'intestin et furent enlevées pendant l'opération. L'epiploon paraissait sain, de même que l'ovaire opposé. Un an après, un nouveau kyste s'était développé sur l'ovaire, qui avait paru normal l'année précédente, et une masse gélatineuse énorme, pesant cinq kilog. avait pris naissance dans l'épiploon. La malade subit avec succès une deuxième laparotomie et elle est actuellement guérie. Le deuxième cas, rapporté par M. Terrillon, est identique au précédent. Il s'agit encore d'un kyste gélatineux, rompu dans l'abdomen, dont quelques parcelles se greffèrent sur l'epiploon, et amenèrent une récidive, sous forme d'une masse sarcomateuse rappelant la structure de la première tumeur.

M. Quenu. La récidive d'une tumeur de l'ovaire peut avoir pour point de départ de petites masses granuleuses disséminées dans le péritoine, qui passent inaperçues au moment de l'opération et dont la prolifération détermine les tumeurs mondaires. Dans ce cas, il ne s'agit pas de récidive proprement dite, mais de la continuation d'une lésion préexistante.

M. Ziembicki, de Lemberg, rapporte une observation d'hypertrophie de la prostate avec rétention d'urine, traitée et guérie par la taille hypograstrique et la résection des lobes de la prostate faisant saillie dans la vessie. Dr H. Marciguey.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 décembre 1890

Présidence de M. le Dr Dumontpallier

M. Luys lit la statistique des maladies traitées dans son service par l'**hypnotisme** pendant l'année 1890. Les procédés employés ont été les transferts à l'aide des aimants et la fascination à l'aide des miroirs rotatifs. Sur un total de 128 malades, 67 ont été guéries, 31 améliorées, 10 sont restées stationnaires. Parmi les maladies guéries, nous notons des crises, des contractures, des paralysies hystériques, des vertiges épileptiques, trois cas de paralysie agitante, des palpitations sans lésion cardiaque, etc.

M. Raymond présente une malade atteinte d'ecchymoses et d'éruption pémphigoïde, de nature hystérique,

M. Rendu, secrétaire général, lit le compte-rendu des travaux de l'année.

La société se réunit en comité secret pour continuer la discussion du rapport de M. Rendu, sur les propositions de réforme de l'enseignement médical en France et du concours des hôpitaux, présentées par M. Huchard. H, M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 décembre 1890

Présidence de M. le Dr Moutard-Martin

Traitement des rétrécissements de la valvule iléo-cœcale. — D'après M. Péan, ces rétrécissements sont rares. Ils sont de deux ordres : néoplasiques ou d'ordre inflammatoire. Jusqu'à présent on les opérait par un des trois procédés suivants : divulsion digitale, établissement d'un anus artificiel au-dessus du point rétréci, résection de l'intestin.

M. Péan a imaginé un procédé qui a pour but de créer une dilatation au-dessus du rétrécissement et qui lui a donné de bons résultats. Il fait une incision au-dessus du ligament de Poupart, depuis l'épine iliaque supérieure jusqu'à l'épine du pubis. L'incision des aponévoses et des muscles a une étendue moitié moindre, celle du péritoine a quatre centimètres. Une fois arrivé au niveau de la valvule, on attire en dehors les parties de l'intestin situées au-dessous et au-dessus et on passe un caoutchouc qui enserre l'intestin et assure l'hémostase. On résèque les parties malades et on rapproche les deux extrémités de l'intestin par une suture à deux étages.

La suture profonde est faite au catgut, la superficielle à la soie phéniquée. On retire les anses de caoutchouc. La plaie abdominale est pansée comme d'habitude. Le premier jour, on met de la glace sur le ventre.

Traitement chirurgical de la lithiase biliaire. — M. Legentu lit l'observation de trois cas de lithiase biliaire dont deux ont été traités par la laparotomie et l'incision de la vésicule biliaire, suivie de l'extraction des calculs. Le résultat a été bon dans le premier cas. Dans le deuxième, il y avait un cancer du foie et des voies biliaires qui emporta le malade. Dans le troisième cas, il s'agissait d'un cancer du pancréas qui empêcha toute intervention. F. R.

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

TABLE DES MATIÈRES

A

Abcès *chauds* : traitement antiseptique, 561.
— *froids* : prophylaxie, par Barrais, 540. — *Traitement* par le grattage unguéal, 654 ; — par les injections iodoformées, 286.
— *gazeux*, sous-diaphragmatiques, et l'ulcère de l'estomac, 708.
— *par congestion. Traitement* par Poisson, 706. Voir : Larynx.
Abdomen, plaies pénétrantes par armes à feu, 405. Mort subite dans le cours des affections de l'—, 598.
Aberg. Voir : Phtisie..
Académie *de médecine*, 14, 30, 42, 56, 75, 90, 102, 1 0, 136, 152, 170, 186, 201, 217, 235, 255, 270, 293, 310, 325, 342, 358, 378, 389, 406, 422, 436, 453, 469, 485, 508, 517, 534, 552, 565, 584, 598, 614, 631, 645, 663, 678, 694, 709, 726, 742, 759, 774, 790, 806, 822, 837 848.
— *des sciences*, 5, 451, 565.
Accès *paludéens* pernicieux et congestion rénale, 316.
Accouchement : Rupture utérine et —, par Vinay, 846. L'*antisepsie* des voies génitales avant l' , par Verchère, 155.
— *prématuré* et phtisiques, par Duncan, 105 ; — et rétrécissement du bassin, 387.
— *artificiel*. Indications, 614 ; — et procidence du cordon, 529 ; — et forceps, 829. Voir : Bassin, Bosse sanguine, Cocaïne.
Acide. Voir : *camphorique, fluorhydrique, lactique, phénique, salicylique, trichloro-acétique*.
Acné et affections nasales, par Seiler, 351.
— des tisseurs de lin, par Gurdon, 351. *Traitement* : par Fournier, 191 ; — par le naphtol, 143.
— *disséminé* : *Traitement*, 750.
— *de la face* : *Traitement* par l'eau chaude, par Leviseur, 685.
— *stomacal* : *Traitement*, par Besnier.
Aconitine : Empoisonnement, par Bernard, 434.
Acromégalie, par Marciguey, 683.
Addison. Maladie d' — 818.
Agrégation : Concours de l'—, par Huchard, 699.
Albuminurie et psychoses, 405 ; — chez les enfants, 67'.
— *non brightique*, par Goodhart, 364.
— *post-variolique*, par Peter, 277.
Alcool et anesthésie chloroformique, par Richardson, 8. — Alcoolisme, 837.
Alexander : Opération, par Trélat, 172.
Aliénés : Isolement, par Charpentier, 152. *Traitement*, par Féré, 322.
Allos ; *Historique*, par Lalesque, 352.
Allaitement, *antisepsie* de l'—, par Eloy, 207. — *artificiel* et lait bouilli, par Laurent, 215.
— par les nourrices réglées, par Gillet, 39.
Altobelli. Voir : Fièvre typhoïde.
Alvin. Voir : Eau chaude et Epistaxis.
Amat. Voir : Caféine.
Amblyopie *tabagique* : *Traitement*, 159.
Ammoniaque : Chlorhydrate d'—. Voir : Congestion pulmonaire.
Amplexation : *Technique* de l'—, par Trastour, 457.
Amputation *interscapulo-thoracique*, par Berger, 104.
Amygdalite : *Traitement* antiseptique, par Eloy, 285 ; — par le salol, 560.
Amygdalotomie : Ses hémorragies, par Schwartz, 310.
Amyotrophie. Voir : Muscles.
Anderson. Voir : Phtisie.
Anémie : *Traitement*. par Huchard. 409,—par l'eau salée, 813.
— *pernicieuse* : *Traitement*, par Hunter, 525.
Anémonine en gynécologie, par Bovet, 340.
Anesthésie. Voir : Cocaïne, éther phéniqué, éthyle ; larynx.
Anévrysme. Voir : Cubitale, Cœur.
Angine *diphtérique* : *Traitement* par le soufre et la quinine, par Burghard, 184 ; — par le sublimé en pulvérisations, par Saint-Marc, 429.
— *granuleuse* : *Traitement*, par Luc, 77, 92 ; — par Cazenave de la Roche, 130. Voir : Diphtérie, Scarlatine.
Angine de poitrine tabagique, par Colas, 543 ; — à début épigastrique, par Audegud, 494 ; — avec coronarite, par Owen, 22.
Anneqquin. Voir : Cubital.
Anthrax : *Traitement* par les injections phéniquées, 706 ; — par Sieffel, 79 ; — *abortif*, par Danet, 122.
Antifébrine : Propriétés hémostatiques de l'—, 28.
Antigastralgiques : Préparations, 307.
Antipyrèse chez les enfants. 563 et 797.
Antipyrine : *Propriétés* : hémostatiques, 28 ; analgésiques, 638. Action sur la solubilité de la caféine, par Crinon, 295 ; *Thérapeutique* : en obstétrique, par Misrach, 297 ; — dans la fièvre typhoïde, par Cadet de Gassicourt, 1 ; — dans la céphalée méningitique, par Dauchez, 691. *Toxicologie* : Empoisonnement, par Young, 317. *Antagonisme*, 812.
Antisepsie *chirurgicale*, par Rieffel. 108, 205. 219, 320 ; — à la clinique de Berlin, 530 ; — et asepsie *chirurgicale*, 562.
— *obstétricale*, par les sages-femmes, par Budin, 90, 102, 186 ; au Congrès de Berlin, 614.
Anurie *calculeuse* mortelle, 709 ; — de huit jours de durée, par Féréol, 121.
Anus *artificiel* et entérotomie, 734 ; et entéroraphie, par Bœckel, 310.— Avivement par la curette, par Polaillon, 122.
— *contre nature*. *Traitement*, 72 ; par Chaput, 506 ; — dans le cancer du rectum, par Schwartz, 665.
Aortite. *Diagnostic* précoce, 442.
Aphasie, par De la Barrière, 636.
Apiculture et antisepsie intestinale. 536.
Apostoli. Voir Courants galvaniques ; Microbes.
Appendicite *iléo-cæcale* et perforations, 517 ; par Barié, 617 ; à la Société de Chirurgie, 692, 725.
Aristol. *Préparation*, 607. — *Thérapeutique* : en chirurgie et en gynécologie, 708 ; dans les blépharites et les kératites, 611 ; en dermatologie, par Eichoff, 176 ; par Schurn, 218 ; et épithélioma de la face, par Brocq, 291 ; dans les otites et les rhinites, 307.
Arnould. Voir : Otologie.
Artérielle. Hypotension et son traitement, 825.
Artério-sclérose. *Diagnostic*, par Weber, 132 ; — et *phlébo-sclérose*, par Weber, 133,
Arsenic. Pigmentation de la peau causée par l'—, par Wihlaw, 382.
Arthrectomie dans certaines formes graves de rhumatisme articulaire aigu, par Dubajadoux, 88.
Arthrite *aiguë* chez l'enfant, 541 , — *blennorrhagique*. Traitement par le cataplasme de Trousseau, 576.
Arthrotomie pour une esquille de l'articulation du genou, par Schwartz, 154.
Ascarides, par Hecker, 825.
Ascite *tuberculeuse*. Traitement chirurgical, 596.
Asepsie. Voir : Antisepsie.
Assistance publique dans le département de Saône-et-Loire, 738.
Asthme. Indications thérapeutiques, par Liégeois, 463.
— *sexuel*, par Preyer, 22.
— *post-grippal*, 245.

Digitized by Google

Ataxie. *Diagnostic* des formes, 549. Suspension dans l'—, par Gosselin, 234; par Romberg, 308; et Injections sous-cutanées de sel d'argent dans l'—, par Rosenbaum, 461.
Atkinson. Voir: Quinine.
Atrophie. Voir: Foie, Testicule.
Atropine. Empoisonnement, 417, 622.
Aubry. Tamponnement intra-utérin, après la délivrance, en cas de placenta prævia, 365.
Audegud. Voir: Angine de poitrine.
Autographisme, par Mesnel, 201.
Automatisme. *Comitial ambulatoire*, par Chantemesse et Vidal, 435.
Avortement dans l'*insuffisance cardiaque*, par Handfied Jones, 417.

B

Babès. Voir: Morve.
Babtchniski. Voir: Diphtérie.
Backer. Voir: Influenza.
Bactériologie. Etat actuel de la —, 532.
Bains *de mer* chez les enfants, par Gillet, 494. Voir: Mer.
Ballans. Voir: Suppositoires.
Ballet. Voir: Monoplégie, Bégayement hystérique, Goitre exophthalmique.
Balsamiques. Leur élimination par l'urine, par Stockmann, 447.
Bar. Voir: Opération césarienne.
Barcerie (de la). Voir: Aphasie, Influenza.
Barié. Voir: Aortite, Appendicite, Fièvre typhoïde, Névrites, Pleurésie purulente.
Bark. Voir: Vaccine.
Barth. Voir: Pneumonie, Estomac.
Bassin *coxo tuberculeux*, par Demelin, 379.
Battestini. Voir: Orexine.
Beack. Voir: Copahu
Béchiques. Médications —, par Liégeois, 189.
Bégayement. Voir: Hystérie.
Bergh. Voir: Herpès.
Bernheim. Voir: Hypnotisme.
Bertrand. Voir; Quinine.
Besnier. Voir: Acné, Eczéma, Psoriasis.
Bicarbonate de soude. Voir: Soude.
Bidder. Voir: Furoncle.
Bière En Allemagne, 775.
Bihringer. Voir: Eseridine.
Biliaires (voies). Ectasie de la vésicule, 837.
Binet. Voir: Diphtérie
Bismuth. *Benzoate de* — dans le chancre, par Finger, 247.
Blanckaert. Voir: Fiel de bœuf.
Blashko. Voir: Piqueur de meules.
Blépharite *chronique*. *Traitement*, par Gradle, 337.
Blennorrhagie. Des microbes et des complications, par Eraud, 122, et inflammations pelviennes, 580. *Traitement*, par Ory, 353; — *abortif*, par Diday, 372; — avec les *injections*, 755; — par la *lanoline*, 755 et avec capsules composées, par White, 482; par Sterne, 354.
— chronique. *Traitement*, par Finger, 251.
Bleynie. Voir: Diphtérie.
Blocq. Voir: Grippe, Suggestion hypnotique, Septicémie, Urticaire,.
Boeckel. Voir: Anus artificiel.
Boelz. Voir: Engelures.
Bombicci. Voir: Tétanos.
Bonamy. Voir: Eucalyptus, Diphtérie.
Boneval. Voir: Microscope.
Bosse sanguine chez le fœtus, par Demelin, 100.
Bouilly. Voir: Fibromes, Ulcères, Utérus.
Bourbon. Voir: Erysipèle.
Bourg. Voir: Coqueluche.
Bourgeois. Voir: Tuberculose.
Bousquet. Voir: Cocaine.
Bovet. Voir: Anémonine.
Branchendler. Voir: Spléno-pneumonie.
Brasseur. Voir: Ovariotomie.
Bresson. Voir: Tuberculose.
Brocq. Voir: Aristol, Epithéliома, Folliculite, Zona.
Bromoforme: Dans la coqueluche, 574.
Bromures *alcalins* dans les cardiopathies, par Liégeois, 183. — d'*Ethyle*. Anesthésie, par le — 285.
Bronchite *généralisée*, par Serrand, 141. *Traitement*, par Escande, 47, dans la fièvre typhoïde, 787.
— *spasmodique*. Diagnostic, par Delaye, 121. — *chronique*, par Picot, 140.
Broncho-pneumonie *simple*, par Hutinel, 130. — *catarrhale*. Traitement, 451. — *grippale*, par Huchard, 23.
Bronner. Voir: Tuberculose laryngée.
Brouardel. Voir: Surmenage.
Brosc. Voir: Ovarite.
Browning. Voir: Kéloïde.
Brun. Voir: Cystite, Fistule.
Bruté. Voir: Influenza.
Bryone Propriétés hémostatiques de la — 622.
Bubas. Sur les contagieuses et maudites — 756.
Buch. Voir: Erysipèle.
Bucquoy. Voir: Pleurésie purulente.
Budin Voir: Accouchement.
Bulletin de la semaine: 14, 30, 41, 56, 74, 89, 119, 134, 174, 185, 200, 216, 255, 271, 311, 326, 343, 359, 374, 389, 407, 423, 437, 453, 470, 518, 534, 566, 599, 615, 645, 678, 694, 710, 727, 791, 806, 839.
Burdel. Voir: Coma.
Buret. Voir: Syphilis.
Burghard. Voir: Soufre.

C

Cadavérique. Rigidité — par Cénas, 350.
Cadéac Voir: Thym.
Cadet de Gassicourt. Voir: Antipyrine.
Café *et Kola*, par Heckel, 306; par Eloy, 377. *Toxicologie*, par Cohn, 199; par Muller, 461.
Caféïne. *Action* sur la circulation, par Reighart, 476; par Amat, 87; par Serraud, 141; par Huchard, 422. *Administration*, par Huchard, 176.
Calcanéum. Fractures du —, par Guermonprez, 271.
Calculs vésicaux. *Opération*, par Follet, 289.
Calomel. Ses *incompatibilités*, par Huchard, 181; par Fiessinger, 220; — et *bromure de potassium*, par Mouflier, 352; — et *le sucre de canne*, 740.
Camphorique *acide*. *Emploi* chez les phtisiques, par Furbinger, 184, par Hartleib, 447.
Calorimétrie, par Ségalas, 401.
Cancer. *Diagnostic*, 6. *Contagion*. par Tournier, 73. *Récidive*, par Michaud, 172; par Schwartz, 848; — de *la langue*, par Cerné; — de *l'estomac*, par Eloy, 418; — du *rectum*, par Marciguey, 356; — et son *traitement*, par Reclus, 372.
— *Utérin*, 638.
Capsules surrénales, par Duclos, 473.
Cardiopathies et bromures alcalins, par Liégeois, 183. Les eaux minérales, par Mascarec, 109. — *fonctionnelles* par surmenage, par Sijkovic, 328.
Cardoso-Ponte. Voir: Iodoforme.
Carpentier. Voir: Pénis.
Casper. Voir: Impuissance virile.
Casse. Voir: Genu valgum.
Cassia alata en dermatologie, 706.
Castagné. Voir: Glandes lacrymales.
Catalpa speciosa, par Schneck, 541, 686.
Cataracte *Traitement* par Julian, 476. — Pansement, 596. — *Opération*, 550. — *congénitale*, par Dehenne, 731.
Cathéter à demeure. Fixations, par Pilz, 382.
Catgut. Stérilisation, par Larochette, 382.
Cautérisations intra-utérines. *Danger*, par Schrader, 417.
Cayet. Voir: Erysipèle.
Cazenave de Laroche. Voir: Angine granuleuse, Influenza, Toux, Tuberculose.

Digitized by Google

Cénas. Voir : Hallucinations, Hystériques, Docimasie.
Céphalalgie. Trépanation, par Térillon, 292.
Céphalique. *Indice* : Recherches sur l'—, par Fallot, 170.
Cerné, Voir : Cancer.
Cerveau. *Congestion* et ergotinine, par Huchard, 115.
— *Apoplexie* : Etat mental, par Perrin, 385.
Cervelet. Ses fonctions, par Gouzet, 234.
Chabrasse. Voir : Gommes en nappes.
Chadbourne . Voir : Bicarbonate de soude et coma.
Chaleix. Voir : Forceps.
Chancre *induré*. Ses caractères, par du Castel, 278— *utérins*. Diagnostic, 607;— *mou*. Traitement, par Finger, 247, 817. — *syphilitique*. De la conjonctive, par Touchaleaume. 55.
Chantemesse. Voir : Automatisme, Pleurésie, Hubéole.
Chaput. Voir : Anus contre-nature, Cholécystotomie, Enseignement.
Charbon. *Toxicologie*, 231. 436.
Charcot. Voir : Electricité,
Charcutiers et équarisseurs. Voir : 775.
Charpentier. Voir : Aliénés, Epileptiques.
Charteris, Voir : Rhumatisme.
Chaux. Désinfection, 824.
Chenieux. Voir : Hydrocèle.
Chesserel. Voir : Pleurésie
Chimisme stomacal, par Hayem, 470, 485.
Chloralamide. Contre l'insomnie des aliénés, par Cope, 215.
Chlorodyne. Empoisonnement; par le—, 671.
Chloroforme. *Action* : par Laborde, 389, par Verneuil, 359, comme antiseptique, par Desprez. 94. Ses accidents, par Franck, 436,
— *Toxicologie* : par Régnier, 501; par Franck, 422,436.
Chlorolamide. Dans l'aliénation mentale, 560,
Chlorose. *Symptômes* cardio-vasculaires, par Meusser, 168. Tromboses et — 22. *Dyspeptiques* : Traitement, par Huchard, 409, 765.
Chlorure. Voir : Zinc.
Colas. Voir : Angine.
Cholécystotomie. Pour un calcul biliaire, par Chaput, 92.
Choléra. Etude sur le —, 439, 520, 545. — En Espagne pendant 1890, 391, 471, 408, 455, 535, 712, 775. — Prophylaxie, 615; par Eloy, 433; par Roux, 448. Prophylaxie internationale, 294.
— *Traitement* : par le *touraillon* 484, par le *salol*, 574.
Choléra infantile. Pathogénie et traitement, 235; par Gillet, 445.
Chorée. Les amyotrophies dans la —, par Rondot, 400; les paralysies et les atrophies musculaires dans la —, par Raymond, 341.
— *Traitement*, par d'Heilly, 418, 428.
Cimetières. Police des —, 744.
Cinchonidine. Son action, par de Brun, 686.
Cirrhose du foie au Congrès de Berlin, 563. — *alcoolique*, 819, *hypertrophique*, par Hanot et Gilbert, 348. — *Saturnine*, Diagnostic, par Eloy. 314.
Clarke. Voir : Toux.
Clausi. Voir : Obstruction intestinale.
Cleary. Voir : Oreilles.
Clou de Biskra. A longue incubation, par Guibbaud, 347.
Clou phymique. Sa valeur diagnostique, par Combemale, 301.
Cocaïne. *Emploi* dans l'hydrocèle, par Giraud, 188; contre les vomissements, 467; — en obstétrique, par Bousquet, 560, pendant l'accouchement, 735; contre les vomissements de la grossesse, 735;— anesthésique avec la bande d'Esmarch, par Kummer, 355.
— *Chlorhydrate* en injections anesthésiques, par Schwartz, 624.
Cocillana. Comme expectorant, par Vilcox, 217.
Codéine. En gynécologie, par Frennd, 337.
Cœur *mobile* : par Pick, 54 ; le second bruit du —, par Fournier, 70 ; la diète dans les affections du —; par Weber, 133 ; les affections fonctionnelles du — 548 ; syphilis du — par Zakharine, 537. *Palpitations*, par Gingeot, 177.
Voir : Cardiopathies.
Cohn. Voir : Café.
Col *utérin*, Oblitération du —, 677, Instruments pour accélérer la dilatation du —, par Demelin, 333.
Coliques hépatiques. Indications thérapeutiques et traitement, par Huchard, 335.
Colite *chronique sèche*, par M. de Treigny, 273, 306.
Colotomie Iliaque ; par Verneuil. 122.
Coma *diabétique*. *Traitement*, par des injections de bicarbonate de soude, par Chadburne, 511.
— *paludéen*, par Phurdel, 354.
Combemale. Voir : Phénol camphré. Lithiase.
Comby. Voir : Grippe. Fièvre intermittente.
Congestion *pulmonoire*. Traitement par le chlorhydrate d'ammoniaque, par Dansac, 318; — *idiopathique*. Diagnostic, par Fournier, 393, 442, 668 ; — *grippale*. Traitement, par Huchard, 22 ; — *hémoptoïque*, d'origine grippale, 10.
Congestion *rénale intermittente*, 204.
Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, 562 ; — des médecins aliénistes de Rouen, 516;— français de chirurgie, 743; — sur le — international de médecine de Berlin, par Huchard, 55, 419, 453; — par Gillet, 529 ; — italien de pédiatrie. 744.
Conjonctivite *granuleuse*. *Traitement*, 771, 723.
Constipation. Diagnostic, par Gillet, 399. Traitement, par Garrod, 355.
Copahu (Baume de). Emploi chirurgical, par Beack, 183.
Cope. Voir : Chloralamide.
Coppola. Voir : Santonine.
Coqueluche. Traitement par les vapeurs sulfureuses, 340.
Cordon *spermatique* (Lymphangite du), 447.
Cou. Kyste du. 833.
Couches *optiques* (Diagnostic des lésions des), par Weber, 182.
Couétoux. Voir : Surdité.
Coup de soleil électrique, 64.
Courants galvaniques en gynécologie, 685.
Cozzolino. Voir : Ozène.
Crâne. (Fractures du), par Routier, 373. Traumatisme et folie, 119. *Craniotomie* contre la microcéphalie, par Lannelongue, 451.
Crinon. Voir : Antipyrine.
Créosote dans la tuberculose pulmonaire, 755 ; posologie, 622.
Créquy. Voir : Grippe.
Croissance. Rôle en pathologie générale, 640.
Crook. Voir : Estomac.
Croup. De l'incubation, par Hailes, 365 ; — et trachéotomie, par Weis, 643.
Croupales. Transmission tardive d'affections croupales, par Binet, 676. Voir : Diphtérie.
Cubital. Artères. — Ses anévrysmes, par Lecerf, 104. *Nerf* — Ses luxations, par Annequin, 428.
Cuivre. Son antisepticité, par Carles, 371. *Sulfates* en obstétrique, 450.
Cullère. Voir : Epileptiques.
Curare. Son action physiologique, par Dogel et Nikolsky, 428.
Curettage du sinus maxillaire, 654 ; — de l'*utérus*, par Bouilly, 137 ; — dans la rétention placentaire, par Demelin, 183.
Cuvillier. Voir : Salol.
Cyanhydrique (Acide). Physiologie, par Gréhant, 120.
Cystite chez la femme, 638 ; — *douloureuse* et l'iodoforme, par Frey, 239 ; — *chronique*, par Brun, 172. *Traitement*, 561.
Cystocèle vaginal, par Tuffier, 373.
Cystopexie, 420.

D

Danat. Voir : Electricité.
Danet. Voir : Anthrax.
Dansac. Voir : Chlorhydrate d'ammoniaque.
Dauchez. Voir : Antipyrine, érythèmes, méningite.
Daveiac. Voir : Eczéma.
Debove. Voir : Méningite, Tachycardie.
De Brun. Voir : Cinchonidine.

Digitized by Google

Decornière. Voir : Sarcome.
Decubitus. *Traitement*, par Eloy, 127.
Dehenne. Voir : Cataracte, Ophtalmie.
Delaye Voir : Bronchite.
Delapersonne. Voir : Rétinite.
Delefosse Voir : Uréthrotomie.
Deletrez Voir : Néphrectomie.
Deligny. Voir : Psoriasis.
Demelin. Voir : Accouchement. Antipyrine. Bassin. Curettage. Col de l'utérus. Diabète. Forceps. Sommet. Nouveau-né. Névralgies. Organes génitaux, Fœtus. Hémorrhagie. Variole. Septicemie. Embryotomie.
Dengue (Epidémie de), par Jovande, 210.
Dentifrices *antiseptiques*, par Vigier, 354.
Dépopulation, 663, 694, 709, 726, 742, 759, 837.
Descroizilles. Voir : Epilepsie.
Desinfektol. Du —, 608.
Desnos. Voir : Voies urinaires. Prostate.
Desprez. Voir : Chloroforme.
Détroit supérieur *rétréci*. Instruments pour faire descendre la tête, par Demelin, 333.
Déviations utérines. *Traitement*, par Schwartz, 150.
Dhoste. Voir : Grippe.
Diabète. Exploration du foie, par Glénard, 271; état du pancréas, par Lépine, 340; pathogénie, par Mayer, 253 et 510; ses rapports avec la grossesse, par Demelin, 260; extirpation du pancréas, 724. *Traitement* par la pilocarpine, par Lépine. 340; *Traitement*, par Huchard, 257; Renault, 362. Etat du suc gastrique, par Rosenstein, 351.
Diarrhée *chronique*. *Traitement* par Roux, 236; par Hayem, 435. — *Infantile*, par le lait stérilisé, 678.
Diathèse *lymphogène*. Son diagnostic, par Eloy, 703.
Diday. Voir : Blennorrhagie.
Dieulafoy. Voir : Tumeur hydroaérique, Rougeole.
Digitaline. Administration, 483; une potion de — 608; — par Masi, 832.
Dilatation *gastrique*. *Diagnostic*, 6.
Diphtérie. Traitement par le mercure, 6; par l'érysipèle, 351, et Battinski, 493; par le sublimé, par Saint-Marc, 429; par les vaporisations d'eucalyptus, par Bonamy, 372; par le soufre et la quinine, par Burghard, 184.
— *Prophylaxie* au Congrès de Berlin, 564; par d'Espine et Mérignac, 233; — *et pharyngée*. *Traitement*, 466; par la glace, par Bleynie, 282; la — à Bordeaux, par Gaube, 477.
Diurétine. Son administration, 755.
Diurétique. Une poudre composée, 176.
Docimasie, par Cénas, 348, 350.
Doigts. Leurs déformations, par Merigot de Treigny, 809.
Dogel et Nickolsky. Voir : Curare.
Donadieu Lavit. Voir : Lupus.
Douglas. Voir : Thapsia.
Drainage aspiratif et permanent dans les épanchements pleuraux, par Wotruba, 118.
Dubajadoux. Voir : Arthrectomie.
Dubard. Voir : Résorcine.
Du Castel Voir : Chancre induré.
Du Cazal. Voir : Méningite, Œdème aigu du poumon.
Duchenne. Voir : Maladie de Mirabeau, Tœnicide.
Duclos. Voir : Hémoptysies, Capsules surrénales.
Dudley. Voir : Podophyllin.
Dufour. Voir : Oreillons.
Dumontpallier. Voir : Endométrite.
Dumorel. Laparo hystéropexie, Prolapsus utérins.
Duncan. Voir : Accouchement.
Duplay. Voir : Tuberculose.
Duponchel. Voir : Induration des veines.
Dupont. Voir : Naphtol.
Dysenterie. *Traitement*, par Jakovleff, 482. *Aiguë*. *Traitement*, par Leaky, 682.
Dyspepsies. *Chimiques*, par Weber, 474; — et vomissements. *Traitement*, par Huchard.
Dyspnée des cardiaques. *Traitement*, par Eloy, 443; par Liégeois, 542.

E

Eau chaude. Contre les hémorragies nasales et les hemorrhoides, par Alvin, 719. Voir : Acné.
Eau naphtolée dans la conjonctivite, 723.
Eaux potables des rivières. Epuration des — par Lefort, 295.
Echinocoque de Finlande, 111.
Eclampsie *puerpérale*. *Traitement*, par Fargeaud, 41.
Ectropion. Suture de Guelley, 155.
Eczéma. Son traitement, par Davezac, 30; — sudoraux, 813.
Eichoff. Voir : Aristol.
Electricité. Accident, par Charcot, 100; par Dana, 101; Exploration, par l'—, par Arnould, 228.
Electrolyse contre les suppurations de l'oreille moyenne, par Gruber, 200.
Eloy. Voir : Amygdalite, Allaitement artificiel, Bulletin de la semaine, Aortite, Dyspnée, Café, Caféine, Kola, Raffineurs de pétrole, Tuberculose, Néphrite, Furoncle, Enseignement médical, Sulfonal, Quinine Gerçures. Gastralgie, Ferrugineux, Pepsine, Decubitus, Ictère, Kock, Vaginite, Ulcère de l'estomac, Prurit, Cancer de l'estomac, Foie, Syphilis, Gangrène pulmonaire, Choléra, Lithiase biliaire, Licence. Diathèse lymphogène, Ouvriers veloutiers, Hygiène, Cirrhose, Grippe, Théobromine, Syphilis.
Eiselsberg. Voir : Spondylite.
Embryotomie *rachidienne*, par Demelin, 635.
Empoisonnements alimentaires, 623.
Empyème. *Traitement* 286; chez l'enfant, par Tschernaw 541; avec résection par Kirmisson 292; des tissus maxillaires par Schulten 447; par Semon, 211.
Encéphalométrie, par Lernoff, 302.
Endométrite et curettage par Trélat, 154.17.2. *Traitement* par Dumontpallier, 325; par le chlorure de zinc, par Moret 29, 217.
— *chronique*. *Traitement* par Picqué 113; par Potherat 169. 187.
Enfants. Purgatif 561. Bains de mer chez les — par Gillet 494. Maladies des —, par Steffen 482. Antipyrèse chez les —, par Stowell, 797.
Enfants scrofuleux et l'Assistance publique 408.
Engel. Voir : Protopine.
Engelures des mains. *Traitement* par Boeltz 525; par Gillet 213.
Enrouement. *Traitement* 689.
Enseignement médical. (Voir : Réforme de l').
Enteroptose, 218; par Pourcelot 234.
Entorse du cou de pied. *Traitement* par Treuthardt 447.
Epaule, *désarticulation*, 821.
Epilepsie. Influence de la consanguinité par Gottschallck 338; et les épileptiques par Féri 691; inégalité pupillaire momentanée chez les — par Charpentier 81. *Traitement* par Huchard, 457.
— *infantile*. *Traitement* par Descroizilles, 49. Arithmomanes par Cullère, 301.
Epithélioma cutané. *Traitement* par Luciani 475. — de la face. Voir : Aristol.
Eraud. Voir : Blennorrhagie.
Ergot de seigle, 561.
Ergotine, 513.
Ergotinine. Son emploi par Huchard, 115.
Erysipèle. *Traitement* par Buch 40; par le salicylate de soude, 544; abortif par Scktcherbakof 184. Contagion par le médecin, par Latil 465; — du *larynx* et du *pharynx*, diagnostic, 539.
Erythème. Pathogénie par Renault, 241. — *noueux* chez les enfants 773. — *palustre* 720. — *variqueux* par Dauchez 401. *Traitement*, 812.
Eseridine, par Bihringer 73.
Escande. Voir : Bronchite, Pérityphlite.
Espine et Mérignac. Voir : Diphtérie.
Estomac. Lavage de — 7. Dilatation par Barth, 195; par Oser, 215; — et la glycosurie, 613. *Ulcère* de l'—, par Eloy 644; — et intestins, statistique des *résections* de — 596.
Ether, par Serraud 141, en lavement par Clausi 184. *Toxico-*

Digitized by Google

logie, Paralysie 734. — *phéniqué* comme anesthésique local 734. — *sulfurique* dans les névralgies par Kums 351.
Ethyle, *Bromure* d' — comme anesthésique 285.
Etrier. Mobilisation par Miot, 352.
Etuves et chirurgie, 756.
Euphorbia pilulifera. Notes sur l'— par Roseghaus 525.
Euphorine Propriété et posologie 751.
Eusebe guell y Bacigalup. Voir : Leucomaines.
Evrard. Voir : Paralysie.
Exalgine 663, et ses dangers par Prévost, 220 ; par Temple, 477, par Hinsley 383.
Exercice illégal, 337.
Expertises légales, Tarif 204 ; par Eloy 134, 173, 337.
Exostoses de croissance, 452. — ostéogénique, 469.
Externes 95.

F

Fabre. Voir : Grippe, Mineurs.
Falret. Voir : Mélancolie, Maladies.
Faguet. Voir : Paralysies diphtériques, Gavage.
Faik. Voir : Hydrastinine.
Fallot Voir : Indice céphalique.
Faradisation utérine, ses dangers par Colomb, 450.
Fargeaud. Voir : Eclampsie.
Favrat. Voir : Hyperthermie.
Fer, emploi, par Eloy, 95.
Féré. Voir : Epilepsie, Aliénés.
Féréol. Voir : Anurie.
Ferrand. Voir : Stupeur, Koch.
Ferrin. Voir : Apoplectique.
Ferron. Voir : Ostéome.
Fibrôme de la paroi abdominale, par Ledentu 137.
— *hystérectomie*, 757. — *Utérins. Traitement*, 501; par Terillon, 43; par l'électricité, 484.
Fibro-sarcôme à la suite d'une ligature, 204.
Fiel de bœuf, son action dans la lithiase biliaire, par Blanckaert, 779.
Fiessinger. Voir : Calomel, Grippe, Pneumonie.
Finger. Voir: Bismuth, Blennorrhagie.
Finzi. Voir : Herpès.
Fièvre *intermittente*. Modification de la circulation de la température et de la respiration par Ocouneff, 55, chez un enfant. par Comby, 291. Toxicité des urines, 484.
— *pseudo-intermittente* d'origine hépatique, par Osler, 35. — *hépatique* par Osler, 151. — *jaune*. Mortalité dans la, par Roux, 557. — *typhoïde*. Formes de délire, par Barié, 153. Enterrorrhagies par Altobelli, 476. Immunité des Arabes pour la—, 488. Mortalité dans les hôpitaux, 452, 709. Désinfection dans la, 756. *Traitement* par le naphtol, 613. Par les bains tièdes, par Réss, 476.
Fistule *à l'anus. Traitement*, 47.
— *recto-vaginale. Traitement*, 662, 677, 758, par Picqué, 686.
Fistule *urinaire*, par Braun, 43.
Flood. Voir : Roséole.
Fluorhydrique (acide). Dans le traitement de la tuberculose, par Garcin, 690. Contre les brûlures, 655.
Fœtus. Fractures de ses membres pendant l'accouchement, par Demelin, 99.
Foie. Exploration dans le diabète, par Glénard, 235. *Diagnostic* des abcès, par Bertrand, 153. De l'hypertrophie, par Eloy, 167.
— *Traitement* de la cirrhose hypertrophique, par Eloy, 168.
Folet. Voir : Calculs vésicaux.
Folie *carbonique* par Moreau, 370. — *Intermittente*, 549. — *Nicotinique*, 563. — *Du doute*, par Leglas, 254.
Folliculites. *Traitement*, par Brocq, 33.
Fosse iliaque droite. Phlegmon de la — 654.
de Fougeray Voir : Oreille.
Fournier. Voir : Acné, Syphilis, Gourme.
Fourrier. Voir : Placenta, Glossite, Gastralgie.
Forceps, Application, par Demelin, 333; — par Chaleix, 786.
Fosses nasales. Obstruction, par Roughton, 211. Tumeurs malignes. *Traitement*, par Picqué, 233.
François. Voir : Salol.
Franck. Voir : Chloroforme.
Freund. Voir : Codéine.
Frey. Voir : Cystite.
Frommel. Voir : Retroflexion.
Fuchsine contre les ulcères, 842.
Furbringer. Voir : Phtisiques.
Furoncle. *Traitement* antiseptique, par Eloy, 527. Par Bidder, 239. Par Hosrat, 813.

G

Gale. Traitement par la fleur de soufre, 269.
Ganglion de Gasser. Excision, 740.
Ganglions scrofuleux, Diagnostic et traitement, par Trèves, 211.
Gangrène de la jambe dans l'influenza, par Loizon, 573.
— pulmonaire. Etiologie, 574. D'origine alimentaire, par Schrœtter, 387. *Diagnostic* étiologique, par Eloy, 346.
— traumatique gazeuse, 562.
— vésicale. Etiologie, par Haultain, 337.
Garcin. Voir : Acide fluorhydrique.
Garrod. Voir : Constipation et soufre.
Gastralgie. Pathogénie et diagnostic, par Eloy, 490. *Goutteuse*, par Fourrier, 641. Hyperchlorhydrique, traitement par Huchard, 380. Préparation contre la — 307.
Gastro-entérite *Traitement* antiseptique, par Schwin, 63.
Gastrolithe, 807.
Gastrotomie en deux temps, par Hacker, 308 ; à la Société de chirurgie, 405.
Gaube. Voir : Diphtérie.
Gaucher. Voir : Œsophage.
Gavage. Dans la paralysie du voile du palais, par Faguet, 719.
Gayraud. Voir : Syphilis.
Gaze à l'odoforme, au sublimé. Préparation, 775.
Gellie. Voir : Grippe.
Gilbert et Hanot. Voir: Cirrhose.
Gillet. Voir : Allaitement, Enfants. Larynx. Engelures, Influenza, Choléra, Constipation, Impaludisme, Rougeole, Rachis, Rachitisme, Pneumonie, Intoxications médicamenteuses, Lettres d'Allemagne, Scarlatine, Zôna.
Gilmann. Phtisie.
Gingeot. Voir : Iodure de sodium, Palpitations, Sommeil.
Giraud. Voir : Cocaïne et Hydrocèle.
Girou. Voir : Grippe.
Glace, dans la diphtérie laryngée, par Bleynie, 282.
Glénard. Voir: Foie.
Glossite chez un diabétique, par Fournier, 50.
Glotte. Œdème aigu d'origine iodique, par Grœnow, 351.
Glycérine. Formule de suppositoires à la —, par Ballans, 686.
Glycérolé de savon en dermatologie, par Hébra, 339.
Goître exophthalmique, par Joffroy, 254 ; idées de persécution dans le — par Ballet, 153. — *hystérique. Traitement* par l'électrolyse, par Ingals, 510.
Gommes en nappes sous-cutanées, 152; *syphilitiques*, par Roger, 200; du voile du palais, par Fournier, 193 ; ulcérées des paupières, 451.
Goodhart. Voir : Albuminurie.
Goodville. Voir : Nez.
Gordon. Voir : Sulfonal.
Gosselin. Voir : Suspension.
Gottschak. Voir. Grippe, Idiotie et Epilepsie.
Gougenheim. Voir : Papillôme, Laryngite.
Gouzer. Voir : Cervelet.
Gourdin. Voir : Lithiase.
Goutte *aiguë*, par Montagnon, 510; — *abdominale*, 692.
Grandclément. Voir : Héméralopie.
Granedigo. Voir : Oreille.
Gradle. Voir : Blépharite.
Gramont. Voir : Teinture de Mars.
Grancher. Voir : Maladies du poumon.
Grasset. Voir : Vertige.
Gréhant. Voir : Cyanhyrique.
Grippe en province, par Girou, 313, 331 ; sur l'épidémie de — 187 ; ses rapports avec le système nerveux, par Blocq, 371 ; à l'Académie, 552 ; la Société médicale des hôpitaux, 136 ;

Digitized by Google

ses formes cliniques, 76; de la convalescence, 309; forme gastro-intestinale ; embarras gastrique, 60; infectieuse maligne à forme bulbaire, 58, 44; infectieuse à forme bronchoplégique, 45; état grippal, 25; *cardiaque*, 46; par Huchard, 450; cas de —, par Bloch, 68,86; les microbes de la —, par Vaillard, 79, 103; chez les enfants, par Comby, 102; sa contagiosité, par Fiessinger, 395; le pseudo-rhumatisme de la —, par Olivier, 188; ulcération des cordes vocales, par Le Noir, 233; — et affections oculaires, 235; son influence sur les maladies utérines, par Gottschak, 150; au point de vue chirurgical, par Verneuil, 310; troubles nerveux et intellectuels, par Séglas, 202; dans une mine, par Fabre, 370; manifestations vésicales, pas Fiessinger, 481; contagiosité de la —, par Dhoste, 90; —, par Letort, 368. *Traitement* par le sulfate de quinine, par Gelli, 188, 432.
Grœdel. Voir : Rythme cardiaque.
Grœnow. Voir: Glotte.
Grœser. Voir : Influenza.
Grossesse. Vomissements traités par la cocaïne, 735; par le menthol, 538; extra utérine, conduite à tenir, 72; extra-utérine tubo-abdominale, par Lamiable, 436; et cancer utérin, intervention, 766; taches de la—, par Tarnier, 201; persistance de l'hymen, par Cénas, 350; syphilis et la —, par Steffeck, 336; hémorrhagies, par Lawrence, 336; — et atrophie du foie, 588. Voir : Syphilis.
Gruber. Voir: Oreille. Electrolyse.
Guibbaud. Voir : Clou de Biskra.
Gualacol iodoformée dans la bronchite, par Picot, 170.
Guermonprez Voir : Calcanéum, Koch.
Gurgevea. Voir : Eucalyptus.
Gusakoff. Voir : Laurier.
Guttmann. Voir : Suspension.

H

Hacker. Voir : Gastrotomie.
Haig. Voir : Salicine. Mercure.
Hailes. Voir : Croup.
Hameau. Voir : Tuberculose.
Hanche. Luxation irréductible, 357, 847. Luxation et resection, par Kirmisson, 136.
Handfield-Jones. Voir : Avortement.
Hardy. Voir : Utérus.
Hare. Voir : Quinine.
Hartleib. Voir : Acide camphorique.
Haultain. Voir : Gangrène vésicale.
Hayem. Voir: Diarrhée. Chimisme.
Heckel. Voir: Caféine et Kola.
Hecker. Voir : Ascarides.
Heilly (d'). Voir : Chorée.
Hématome tubaire, 662.
Hématomyélie, 549.
Hématurie. *Traitement*, 591.
Hémeralopie. *Traitement*, 847.
Hémiplégie hystérique, par Tournier, 198.
Hémoptysies dans la néphrite interstitielle, par Duclos, 335, 345; emploi de l'iodoforme, par Cardoso Pouté, 355.
Hémoglobine, par Steward, 482.
Hémorrhagies dans la cirrhose, 693; — *méningées* du nouveau-né, 740; — *nasales* et eau chaude, par Alvin, 719; *sous-dermique* de la verge, par Mansouroff, 79
Hémorrhoïdes. *Traitement*, par Rafin, 782.
Henocque. Voir : Koch.
Héplopappus ballahnen. Ses propriétés thérapeutiques, par Carvalo et Eiscle, 41.
Hernies *Cure* radicale par le disque osseux aseptique, 286; chez l'enfant, 548; — *étranglée* à travers l'hiatus de Winslow, 654; par Poiteau, 846.
Herpès génital. *Traitement*, 800; *Traitement* abortif, 657; — *menstruel*, par Bergh, 336; — *zoster* et influenza, par Finzi, 387.
Hinsley. Voir : Exalgine.
Honoraires médico-légaux, par Moysen, 673.
Horner. Voir: Oreille.
Huchard. Voir: Aortisme, Albuminurie, Anémie, Caféine, Calomel, Chlorose, Congrès de Berlin, Cerveau, Grippe, Diabète, Enseignement, Epilepsie, Ergotinine, Hypertension, Iode, Koch, Néphrite, Œdème pulmonaire, Pneumonie, Pseudo-méningite, Potassium, Quinine, Tachycarde, Typhoïde, Tuberculose, Variole.
Hue. Voir : Pleurésie.
Huile de baleine. Préparation, 627.
Humérus. Fractures de l'—, 404.
Hunter. Voir : Anémie.
Hutinel. Voir : Broncho-pneumonie.
Hydrastinine. Son emploi dans les métrorrhagies, par Faik, 214.
Hydrocèle *vaginale*. *Traitement*, par Chénieux, 289; cure radicale, par Southan. 133; par ponction, 845; par la cocaïne, par Giraud, 188.
Hydrocéphalie, 829.
Hydropisie. *Traitement*, par Fuebringer, 218.
Hygiène alimentaire, 719; — des stations médicales, par Eloy, 232; — des mineurs, par Fabre, 358; — et médecine publique, 545.
Hypertension *artérielle* par Huchard, 569, 604, 619.
Hyperthermie *Traitement* par l'antifébrine, par Favrat, 782.
Hypnotisme. Prohibitions de l'—, 568, par Bernheim, 832.
Hystérectomie *abdominale* pour fibrômes, 757; au Congrès de Berlin, 531.
— *vaginale*, 453; — *totale*, par Péan, 574; à la Société de Chirurgie, 741, 772.
Hystérie, par Tournier, 197; —, bégaiement, par Ballet, 452; atrophie musculaire, par Féréol, 357; — simulant la chorée de Sydenham, 678; — *nasale*, 563. *Traitement* général, par Pitres, 601; des attaques, 585. *Hystériques*, par Tournier, 199; hallucination, suicide et responsabilité des —, par Cénas, 715.
Hystéropexie pour prolapsus utérin, 493.

I

Ictère. Diagnostic des complications, 166.
Idiotie. Valeur de l'influence de la consanguinité, par Gottschack, 338.
Illingworth. Voir. Scarlatine.
Impaludisme. Réflexes dans l'—, par Gillet, 399; — et localisations cardiaques, par Rauzier, 476; prophylaxie, 472.
Infectieuses (*Maladies*). Troubles angineux dans les —, par Moore, 139.
Impuissance *sexuelle*, par Hammond, 448. Diagnostic, par Casper, 105.
Infections et Immunité, au Congrès de Berlin, 533.
— *générale* par le bacille typhique, 186.
Influenza, par De la Barrière, 284; par Bœcker, 215; par Cazenave de la Roche, 151 et 137; — à Constantinople, par Lebowictz, 157; — en Russie et en Allemagne, 168; à Rome, 64. Nature de l'—, 288; chez les enfants, par Gillet, 38. Purpura dans l'—, par Locke, 263; contagion, par Bruté, 125. *Traitement*, par Grœser, 22.
Ingals. Voir : Goitre.
Iléo-cœcal (*Appendice*) : ses perforations, 517.
Injections *intra-utérines* dans la septicémie, par Demelin, 182; Formules, 739.
Insuffisance *aortique et aortisme héréditaire*, par Huchard, 309; Signe de Muller dans l'—, par Barié; — *rénale*, 555.
Internes *titulaires et provisoires*, 95.
Intoxications *médicamenteuses* chez les enfants, par Gillet, 117; — *oxycarboniques*, et premiers soins, par Eloy, 231; — *saturnines*, par Prévôt, 151.
Iode (*Teinture d'*) contre les vomissements, par Taylor, 365; — dans la dyspepsie, par Huchard, 180; — et *iodures* : leur action sur la pression artérielle, 574.
Iodisme. *Traitement*, par Buckmann, 282; — *aigu*; *traitement*, par Barcérie, 435.

Digitized by Google

Iodoforme en injection dans les abcès froids ; les hémoptisies, par CARDOSO-PONTE, 355 ; — dans la diphtérie, par LINDLEY, 102 ; — dans le catarrhe vésical chronique, par MOSETIG-MOORHOF, 7 ; Cystite chronique, par FREY, 239.
— *Intoxication*, par BARRAIS, 540.
Iodol. Contre la gale, 269.
Iodures en lavements contre la syphilis, 513. Voir : Potassium et Sodium.
ISCAR. Voir : Soufre.

J

JAKOVLEFF. Voir : Dysenterie.
JALAGUIER. Voir : Orchidopéxie.
Jambe. Fractures de —. Conduite à tenir, par SCHWARTZ, 769; Amputation, par PHOCAS, 428.
JANIN. Voir : Voies urinaires.
JEANPIERRE. Voir : Sulfate de cuivre.
JOFFROY. Voir : Goitre.
JOHNSON. Voir : Papaine.
JOVANDE. Voir : Dengue.
JUHEL. Voir : Rubéole.
JULIAN. Voir : Cataracte.

K

Kéloïde. *Traitement*, par BROUWNING, 476.
KETLEY. Voir : Thermo-palpation.
KIRMISSON. Voir : Hanche, Pied-bot, Torticolis, Empyème, Mercure.
KLIPPEL. Voir : Amyotrophies.
KOBNER. Voir : Quinine.
KOCH. Voir : Tuberculose; son remède : 801, 804, 819, 820, 816, 823. 838.
Kola, 235, 271, 293 ; par ELOY. 377. Son emploi, 420 ; — ou Caféine, 294 ; par HECKEL, 306.
KRAFF. Voir : Oyygène.
KUMMER. Voir : Cocaïne.
KUMS. Voir : Ether.
KURLOFF. Voir : Spartéine.
Kyste de la nuque, 562 ; — *hydatique* du foie, par MÉRIGOT DE TREIGNY, 735.

L

LAACHE. Voir : Urines.
LABORDE. Voir : Chloroforme, Potassium.
LABOULBÈNE. Voir : Pneumonie.
Lactique. Acide — contre la diarrhée, par HAYEM, 436.
Lait crû pour les enfants, par ELOY, 230 ; — stérilisé, 564, 693; — bouilli, au point de vue de l'allaitement, par LAURENT, 215; — et cirrhose du foie, 563.
LALESQUE. Voir : Alios, Prurigo.
LAMIABLE. Voir : Grossesse.
LANCEREAUX. Voir : Alcoolisme, Tuberculose.
LANGLAIS. Voir : Scrotum.
LANNELONGUE. Voir : Cràniotomie.
Lanoline contre la blennorrhagie, par STERN, 354.
Laparotomie dans un cas de péritonite blennorrhagique, 560; — d'obstruction intestinale, 579; — pour un fibrôme, par BOUILLY, 311.
LARABIE (DE). Voir : Tumeur.
Laryngectomie dans le cancer de la langue, 217.
Laryngite tuberculeuse, par GOUGUENHEIM, 217,
Laryngotomie intercrico-thyroïdienne, par SCHWARTZ, 175.
Larynx : Abcès du —, 671 ; anesthésie du —, par SILK et STOKEN. 40. Tubage du —, 564 ; — par GILLET, 767. Papillome du —, par GOUGUENHEIM. 151. Extirpation du —, par PERIER. 202. Leçons sur les maladies du —, 623.
Larmoiement incoercible, par CASTAGNI, 199.
LAROCHETTE. Voir : Catgut.
LATIL. Voir : Erysipèle.
LAURENT. Voir : Lait.
Laurier : Feuilles de — contre les fièvres intermittentes, par GUSAKOFF, 247.
LAVAUX. Voir : Voies urinaires.
LAVERAN. Voir : Charbon, Pleurésie.
LAWRENCE Voir : Grossesse.
LAWRIE. Voir : Morphine.
LECLERC. Voir : Hanche.
LEALY. Voir : Dysenterie.
LEBOWITZ. Voir : Influenza,
LEGERF. Voir : Anévrysme, Taille.
LE DENTU. Voir : Fibrôme.
LEFORT. Voir : Eaux potables.
LEGOUEST. Eloge de —, par CHAUVEL, 65.
LEMAIRE. Voir : Atropine et morphine.
LENOIR. Voir : Vocales.
LÉPINE. Voir : Pilocarpine, Pancréas.
Lèpre aux Indes anglaises, 296 ; Contagiosité de la —, 293 ; — en Espagne, 424 ; — en Colombie, 728 ; — à Zanzibar, 488 ; Les —, 568.
LEPRÉVOST. Voir : Médecine.
LETORT. Voir : Grippe.
LETULLE. Voir : Pleurésie.
Leucomaïnes : Immunité par les —, par EUSÈBE GUELL Y BACIGALUP, 119.
LEVISEUR. Voir : Acné.
Licence en médecine, 631 ; — par ELOY, 595.
LIÉGEOIS. Voir : Asthme, Dyspnée, Tanin, Médications béchiques, Voies aériennes, Bromures, Tuberculose.
LINDLEY. Voir : Iodoforme.
Lithiase biliaire, par SERVENIEPE, 200, et huile d'olives, par COMBEMALE, 797. Voir : Fiel de bœuf.
Lochies : Etudes bactériologiques, par DEMELIN, 539.
LOCKE. Voir : Influenza.
LOIZON. Voir : Jambe.
Longévité en Algérie, 112.
Looch purgatif, par ELOY, 285.
LOP. Voir : Anévrysme.
Lotions parasiticides : Formules, 545.
LOVENFEL. Voir : Polymyosite.
LOWENTHAL. Voir : Rétrécissement mitral.
LUC. Voir : Angine, Tuberculose.
LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Voir : Olécràne.
LUCIANI. Voir : Résorcine, Epithélioma.
Lumière : Influence de la — sur l'œil, 64; par l'iodoforme, 813.
Lupus : Traitement microbicide, 386; de la face par DONNADIEU-LAVIT, 834
LUYS. Voir : Fascination.
LYNDSAY. Voir : Voyages.
Lysol : Du —, 608.

M

Main (la) des ouvriers bouchonniers, par ELOY, 689. Désinfection des — en chirurgie, 670.
Magnésie, Sulfate, en lavements, par WATKINS, 215.
Mal de Pott : *Traitement*, par POISSON, 510.
Maladies des raffineurs de pétrole, par ELOY, 689; — contagieuses, par GRANCHER. 373; — infectieuses, par MOORE, 139; Instruction pour la mise en bière des décédés de —, 616.
Mamelle chez l'homme et tumeur, par THORNBERG, 337; Gerçures : *Traitement*, par ELOY, 207, 706.
MANSOUROFF. Voir : Hémorragie.
MARCIGUEY. Voir : Acromégalie.
MARIA TEXEIRA. Voir : Quinine.
MASCAREL. Voir : Cardiopathie.
MASI. Voir : Digitaline.
Mastite de la ménopause : *Diagnostic*. 468.
MATHIEU. Voir : Epilepsie.
MATIGNON Voir : Thyroïdite.
MAURIAC. Voir : Syphilis, Secours publics.
MAYER. Voir : Diabète.
Médecins et tribunaux, 712 ; — de la réserve et de l'armée territoriale, leur avancement, 26; auxiliaire: par MUNIER, 799.
Médecins légistes : Honoraires, par VOLONZAC, 94 ; — désignés, 205.

Digitized by Google

Médecine. La — publique au Brésil, 424; — au Japon, par MEYNERS D'ESTREY, 225; Exercice illégal de la —, par LEPREVOST, 172; — légale aux colonies, 663.
Médicaments : Action physiologique comparée à l'action thérapeutique, par HUCHARD, 228, — explosifs, 775; — nouveaux, 545, 546.
Médication musculaire, voir : Café, Kola; — béchique, par LIÉGEOIS, 174.
Mélancolie, par FALRET, 129.
MÉNARD. Voir : Kystes.
MENDELSON. Voir : Obésité.
Méningite : Un cas de guérison, par RABION, 206; — consécutive à un érysipèle, par CAZAL, 43; — et péritonite, par DEBOVE, 341; Traitement de sa céphalée, par DAUCHEZ, 601.
Menthol contre les vomissements, 538.
Mer : Climats et tuberculose, par HAMEAU, 308; Voyages, par LINDSAY, 365.
Mercure. Voir : Administration aux enfants syphilitiques, 673; action des *sels de* — comme artério-dépresseurs, par HAIG, 429; *Bi-iodure de* — dans la scarlatine, par ILLINGVORTH, 184; *Oxycyanure de* — : antisepsie et spécificité de l'—, par KIRMISSON, 292; *Perchlorure de* — contre l'érysipèle, 511. *Salicylate*, par VACHER, 835.
MÉRIGOT DE TREIGNY. Voir : Kystes; Doigts.
MERZ. Voir : Quinine.
MESNARD. Voir : Injections.
MESNET. Voir : Autographisme.
Méthacétine comme antinévralgique, 461.
Méthyle : Bleu de — : propriétés analgésiques, 550; Chlorure de —, par MOISSAN, 752; Fluorure et chlorure de — anesthésiques, par MOISSAN, 152.
Métrite blennorrhagique : *Traitement*, par TILLAUX, 386.
Métrorrhagie : *Traitement* par l'hydrastinine, 214.
Mézeréon : Empoisonnement par les baies de —, 622.
MEYNERS D'ESTREY. Voir : Médecine.
MICHAUD. Voir : Récidive.
Microbes et courant galvanique constant, par APOSTOLI, 309.
MINTAGNON. Voir : Ongle.
MIOT. Voir : Etrier.
MIRABEAU (Maladie de), par DUCHESE, 432.
MIRACHI. Voir : Antipyrine.
MOISSAN. Voir : Méthyle.
Môle *hydatiforme*, 5.
MONOD. Voir : Occlusion.
Monoplégie *hystérique*, par BALLET, 324.
MONTAGNON. Voir : Goutte.
MOORE. Voir : Infectieuses.
Morbidité dans le corps médical, 488.
MOREAU. Voir : Folie.
MOREL. Voir : Endométrites. Zinc.
MORICE. Voir : Nutrition.
Morgue *parisienne*. Statistique. 111.
Morphine, par Tournier, 199; *antidote de l'atropine*, par Lawrie, 417; par Lemaire, 434; *intoxication*, 640; traitement, par SPEER, 782. **Morphinomanie**, par HUCHARD, 324. et *suggestion hypnotique*, par BLOCH, 319 Traitement, par Voisin, 309.
Morve, mode de pénétration du bacille, par BABÈS, 342.
Moteur oculaire (Nerf), paralysie, 831.
MOUFLIER. Voir : Calomel.
MOUSSON. Voir : Pleurésie.
MULLER. Voir : Café, Tuberculose. Influenza.
MUNIER. Voir : Médecin.
Muscles. Amyothrophie dans les maladies générales, par KLIPPEL, 282.
Myocarde (Sclérose du), 622. *Myocardite segmentaire*, par RENAUT, de Lyon, 120.
Myomes utérins, nouvelle opération, par RYDIGIER, 336.
Myxœdème au Congrès de Berlin, 549. Traitement par la greffe thyroïdienne, 758.

N

Naphtaline Désodorisation, 807.
Naphtol *en ophthalmologie*, par DUPONT, 134; toxicologie, par WEISS, 232, 574; — B. dans la fièvre typhoïde, 613.
NAPIER. Voir : Solanum.
Narcisse *des près chez les enfants*, 386.
Nasales (Irrigations), par le procédé de la bouteille, 328; tumeurs malignes — et traitement médical, par PLICQUE, 233.
NÉLATON. Voir : Pied-bot.
Néphrectomie *abdominale*, par DELETREZ, 188.
Néphrite causée par le baume du Pérou, par NORVACK, 365; — *aiguë*. Traitement chez les enfants, par ELOY, 370; — *chronique*, traitement, 287; — *interstitielle*, traitement par HUCHARD, 334; — *blennorrhagique*, diagnostic par ELOY, 347.
Névralgies pendant la grossesse et la puerpéralité, par DEMELIN, 763; traitement par injections sulfuriques, par KUMS, 351; par les eaux de Dax, par LARAUZA, 134.
Névrites, par BARIÉ, 141, 166.
NETTER. Voir : Pleurésie.
Neusser. Voir : Chlorose.
Nez. Voir : Nasales. Tubage nasal, par GOODVILLE, 417.
NIGAISE. Voir : Trachée.
Nitrate *d'argent* (Injections abortives de) dans la blennorrhagie, par PICARD, 155.
Nitroglycérine. Traitement contre l'empoisonnement, par la morphine, par SPEER, 782; empoisonnement, 671.
Nourrices *réglées* (Allaitement par les), par GILLET, 39.
Nouveau-né. Sécrétion lactée et abcès du sein, par SÉJOURNET, 493.
Alimentation, 829.
Mort, par DEMELIN, 784.
Novack. Voir : Néphrite.
Nuque. Tumeur hydro-aérique, par DIEULAFOY, 291.
Nutrition. Action des bains, par MORICE, 352.

O

Obésité. Traitement, par MENDELSON, 248.
Obstétrique (Antisepsie en), par DEMELIN, 155; Antipyrine en —, par MISRACHI, 297.
Obstruction *intestinale*. Traitement par les lavements d'éther, par CLAUSÉ, 184; — *aiguë*, par ROUTIER, 325; par MONOD, 342.
Occlusion *intestinale*. Traitement par SCHWARTZ, 415.
Œdème fugace dans les maladies aiguës comme signe de pneumonie intercurrente. par STEMBO, 22; — *pulmonaire* dans les cardiopathies artérielles, par HUCHARD, 269.
Œil, ses maladies chez le soldat, 440; *cardiaque*, 803.
Œsophage, par Gaucher, 485. Diverticales, 803.
Officiat. Sa suppression. 759.
Oléviane, par LUCAS CHAMPIONNIÈRE, 838.
OLIVIER. Voir : Atrophie; Grippe.
Ongle *incarné*. Traitement, par Maitagnon, 134. Technique opératoire, par Pinckaner, 781.
Opération césarienne *technique*, par BAR, 798.
Ophthalmie *sympathique*. 614, 742; *purulente*, traitement par DEHENNE, 783.
Opium dans les vomissements, 467. Les débits d'— et haschich aux Indes, 744.
Orchidopexie pour ectopie testiculaire, par JALAGUIER, 270; résultats, par SCHWARTZ, 292.
Orchite *lymphatique*. Traitement, par VALENCE, 199; — *ourlienne*, sans parotidite, 622.
Oreille. Exploration, par ARNOULD, 210 et 216; complications cérébrales, par HORNER, 214. Du criminel, 530; ses suppurations, leur traitement, par GIUSEPPE GRADENIGO, 832; hygiène de l'— par FOUGERAY, 353; suppuration de l'— et le salol camphré, par CUVILLIER, 428, par CLEARY, 832; douleurs d'—, 538; suppuration chronique de l'oreille moyenne, par GRUBER, 200. Tintements d'— (formes du), 581; par TCHETZOW, 843.
Oreillons *des glandes lacrymales* par DUFOUN MARC, 501.
Orexine. Emploi comme stomachiques, par PEUSOLDT, 247.
ORY. Voir : Blennorrhagie.
OSLER. Voir : Dilatation de l'estomac, Fièvre.
Ostéite *typhoïdique*, 288.

Digitized by Google

Ostéomyélite *de l'adolescence*, par PHOCAS, 813 ; amputation, par POTHERAT, 249.
Ostéotomie *et ostéoclasie* contre le genu valgum, 106.
Otites *et rhinites* traitées par l'aristol, 307.
Otologie, par ARNOULD, 210.
OTTOLENGHI. Voir : Vulvite.
Ouabaine comme anesthésique, par PANAS, 121.
Ouate *du Pengkwarr* comme hémostatique, 671.
Ovaire. Hémorrhagies et leur traitement, 21 ; Abcès des — et des trompes, 468. *Kyste*, 821.
Ovarite. Traitement par l'électricité, par BROSE, 183.
Ovariotomie. Accidents et complications, par BRASSEUR, 560. Statistiques par TERRILLON, 436.
OWEN. Voir : Angine de poitrine.
Oxycyanure *de mercure*. Voir : Mercure.
Oxygène. Action de ses inhalations, par KRAFF, 282.
Ozène. Traitement, par COZZOBILO, 307 ; par SCHNITZLER, 79.

P

Palpation de l'abdomen et du thorax par l'amplexation, 425.
PAMARD. Voir : Vessie.
Panaris infectieux dans l'armée, 460.
PANAS. Voir : Ouabaine.
Panophthalmie aiguë, 596.
PAPADOPOULOS. Voir : Pneumonie.
Papaïne dans la maladie de l'oreille, par JOHNSON, 200.
Paralysie. consécutive aux injections sous-cutanées d'éther, 734. — *Générale*, 640, Dans l'armée, 459, Symptômes précoces, par SAVAGE, 253, Difficulté du diagnostic, par T. BELONS, 435. —*Progressive*, Etiologie, par EVRARD, 385.— *Infantile*, Epidémie de —, 564. — *Spinale spasmodique* saturnine, par REUZÉ, 383.
PÉAN. Voir : Hystérectomie.
Pédiculi. Voir : Lotions.
Pédicures. Les —, au régiment, 632.
Pelade. Traitement, 591; par RENAULT, 843.
Pemphigus. Sa nature, 288.
Penis. Technique de l'amputation, par CARPENTIER.
PENZOLDT. Voir : Orexine.
Pepsine. Emploi chirurgical de la —, par ELOY, 95.
Perchlorure *de mercure*. Voir : Mercure.
Péricardite avec épanchement chez les enfants, par PERRET, 131.
PÉRIER. Voir : Larynx.
Périfolliculites *décalvantes*. *Traitement*, par BROCQ, 33.
Périnée. *Traitement* des déchirures, 772.
Périnéorraphie. Méthode de Lawson Tait, par TORNGRUF, 183.
Péritonite à *pneumocoque*, 758. — *Tuberculeuse*. Traitement, 677, par la laparotomie, par ROUTIER, 436.
Périty phlite. *Traitement* médical, par TRASTOUR, 729, et phlegmon de la fosse iliaque droite, par ESCANDE, 671 ; par SONNENBURG, 834.
PERRET. Voir : Péricardite. Rhumatisme.
PÉTER. Voir : Albumine.
PETITGUENOT. Voir : Plèvre.
PFEIFFER. Voir : Zahnpocken.
Pharmacie Projet de loi sur l'exercice de la —, 743.
Pharyngites et rhinites, traitées par la pyoctanine, 734.
Pharynx. Phlegmon infectieux du — et du larynx, 741.
Phénacétine. Ses propriétés, 28, 560; son administration aux rhumatisants, par RIFAT, 356; préparation, 812.
Phénique *acide*, contre le furoncle, par BIDDER, 239.— Empoisonnement par l'—, 707.
Phénol *camphré*. Ses propriétés, par COMBEMALE, 371.
PHOCAS. Voir : Jambes, Ostéomyélite.
Phosphorée. Médication—dans le rachitisme, par GILLET, 111.
Phtisie *laryngée*. Traitement, par ELOY, 323. — *Pulmonaire*, examen des crachats, par WEBER, 841. Sa contagion avant la doctrine microbienne, par DE SANTI, 243, 275, 299; dans les prisons, 807; dans l'armée, 391,— des fabricants d'aiguilles, 391. Traitement, par ANDERSON, 782 ; par le tannin, par ELOY, 9 ; par l'eau, par ABERG, 184 ; par l'air surchauffé, 387 ; inefficacité de l'air chaud, par THOMPSON, 355.
Phtisiques. Acide camphorique, contre les sueurs nocturnes, par FURBINGER, 184.
PICARD. Voir : Blennorrhagie.
PICK. Voir : Cœur.
PICOT. Voir : Guaiacol.
PICQUÉ. Voir : Endométrites, Fistules.
Pied. Abaissement dans la présentation du siège décomplété, 18.
— *Bot. Traitement*, par SCHWARTZ, 148 ; par LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, 103, par KIRMISSON, 121.
— *Congénital. Traitement*, par NÉLATON, 91.
— *Plat. Traitement*, par WHITMANN, 461.
Pilocarpine dans l'empoisonnement de la belladone, par GOWAN, 525 ; de la valeur des injections hypodermiques de—, par STRADERINI, 134.
PILTZ. Voir : Cathéter.
PINCKANER. Voir : Ongle.
PITRES. Voir : Hystérie.
Placenta. Insertion vicieuse du —, 5 ; rôle de la pression atmosphérique dans la rétention du —, par RODRIGUEZ, 233, — *Prævia*. Tamponnement utérin après la délivrance, par AUBRY, 365 ; Hémorrhagie, par DEMELIN, 100.
Plaies pénétrantes de l'abdomen, par coup de feu, 741.
Pleurésie dans l'armée, par COUSTAN, 560; signes physiques et leur valeur, par HUE, 88 ; difficulté du diagnostic de l'épanchement, par ELOY, 315. *Traitement*, 296. — *Métapneumoniques*, par CHESSERET, 338. — *Purulente*, par BUCQUOY, 388 ; prophylaxie, par BARIÉ, 411, 425. — *Grippale*, par LETULLE, 373. *Traitement* chirurgical, par SCHWARTZ, 261 ; par des injections de sublimé, par MOUSSOUS, 706 ; par LAVESAN, 357 : utilité de la bactériologie pour le pronostic et le traitement, par NETTER, 341.
Pleurotomie pour drain tombé dans la plèvre, 677.
Plèvre. Epanchements et thoracentèse, par PETITGUENOT, 477.
PLICQUE. Voir : Nasales.
Pneumocoque. Leurs voies d'entrée, 550.
Pneumonie. *Traitement* par les bains froids, par BARTH, 436; par la chaleur excessive, par PAPADOPOULOS, 496.—*caséeuse*, sa marche chez l'enfant, 707; *fibrineuse*. *Traitement*, par GILLET,, 400; — *grippale*, par HUCHARD, 25, 76; — *infectieuse* grave, par FYESSINGER, 688; par LABOULBENE, 126. Traumatique, par MINOSSI, 831.
Pneumotomie. Quatre cas de —, par LAMSAY, 337.
Polymyosite aiguë, par LOVENFLOT, 792.
Population. Mouvement de la —, française, en 1889, 808.
Podophillin. Empoisonnement, par DUDLE, 365.
POISSON. Voir : Abcès, mal de Pott.
POITEAU. Voir : Hernie.
PONCET. Voir : Sondes.
Ponction *aspiratrice* dans les kystes du foie, par MÉRIGOT DE TREIGNY, 735. — *Vésicale* hypogastrique, 670.
POTAIN. Voir : Symphyse.
Potassium. *Iodure de* —, par SIROT, 206 ; action physiologique, par LABORDE, 152; sels de —, leur action toxique, par HUCHARD, 115
Potherat. Voir : Ostéomyélite. Rein, Endométrite.
Pouls dans les affections de la crosse de l'aorte, par LIEMSSEY, 447.
Poumon. Œdème aigu du —, 450; par DUCAZAL, 292. Etat congestif du —, chez l'enfant. *Traitement*, par GILLET, 237. Kyste, par FERRAND, 817.
POURCELOT. Voir : Entéroptose.
POUSSON. Voir : Hydrocèle.
PRÉVOST. Voir : Exalgine.
PREYER. Voir : Asthme.
Prolapsus utérin et la laparo-hystéropexie, 20.
Prostate. Congestion de la —, son traitement, 8.
Prostatite aiguë. *Traitement*, 8.
Prothèse cornienne, 536.
Protopine. Action, par ENGEL.
Prurigo de la processionnaire, par LALESQUE, 371.
Prurit *sénile*. *Traitement*, par ELOY, 123, et menthol, 598.
Pseudo-méningite *hystérique*, 404, par HUCHARD, 489.
Psoriasis. Etiologie —, 18. *Traitement*, 657.
Psychiatrie. Son martyrologe, 760.
Puerpérale. Infection, par DEMELIN, 539.

Digitized by Google

Pupille. Inégalité de la —, chez les épileptiques. Sa valeur diagnostique, par CHARPENTIER, 81.
PURDON. Voir ; Acné.
Pustule *maligne*. *Traitement* par le sublimé, par TACQUART, 29
— *varioleuse*. *Traitement*, par TALAMON, 254.
Pylorectomie. Un cas, par STOCKES, 308.
Pyloroplastie. 451.
Pyoctanine : dans la pharyngite, 734 ; la syphilis, 750 ; la cystite, 797 ; comme antiseptique, 750.

Q

QUENU. Voir : Amygdales.
Quinine. Comment il faut l'administrer, 82 ; comment il faut la prescrire, 84; son emploi dans la maladie de Ménière, 85 ; son action sur le cœur, par HUCHARD, 494 ; technique des injections, par ELOY. 53 ; par KOBNER, 494 ; dans l'angine diphtérique, par BURGHARD, 184 ; dans les fièvres palustres, par MERZ, 170 ; comme ocytocique, par ATKINSON, 170 ; toxicologie, par GOGLITORI, 7.
— *Sels* de —. Leur incompatibilité, par MARIA TEXEIRA, 308.
— *Sulfate* de —. Action sur l'utérus, par BERTRAND, 685 ; dans la grippe, par GELLIE, 188, 432.
Quinquina cultivé. Exploitation du —, 391.

R

Rachis. Traitement des déviations du —, par GILLET, 366.
Rachitisme. Théorie —, par GILLET, 117 —. Généralisé, 588.
RAFIN. Voir : Hémorrhoïdes.
Rage de l'âne, 472.
RAMSAY. Voir : Pneumotomie.
RAUZIER. Voir : Impaludisme.
RAYMOND. Voir : Chorée. Syphilis.
RECLUS. Voir : Cancer du rectum.
Rectum. Traitement du retrécissement, par SCHWARTZ, 149. Extirpation, 596.
— *Prolapsus* du —, par RIEFFEL, 747.
Réflexe. Crémastérien comme indicateur de l'anesthésie chloroformique, 767.
Réforme de l'enseignement médical, par CHAPUT, 582, 611, 627 ; par HUCHARD, 592, 642, 651, 699, 787.
REIGHERT. Voir : Caféine.
RELIQUET. Voir : Voies urinaires.
Rein. Examen, par POTHERAT, 279 ; Maladie des — ; Traitement chirurgical chez la femme, 20 ; Néoplasme du — et hématurie, par POTHERAT, 280 ; *flottant*, par POTHERAT, 281, 523 ; Néphrectomie, 186, 847 ; — *gauche*, Ablation du —. par TERRILLON, 388.
RENAULT (A.) Voir : Diabète. Erythème, Pelade.
RENAUT. Voir : Myocardite.
RENDU. Voir : Cancer. Dilatation gastrique.
RENZI. Voir : Paralysie spéciale.
Resorcine : dans la vaginite blennorrhagique, par DUBARD, 385.
Respiration. Maladie de l'appareil de la —, par GRANCHER, 462.
Rétention biliaire, 645. *Placentaire*, traitement, par DEMELIN, 183.
Rétinite *brightique*. Sa valeur, par DELAPERSONNE, 782.
Rétrécissements *extrêmes* du bassin et opération césarienne, 580.
Rétrécissement *mitral* consécutif à une fractures du sternum, par RITTER, 118 ; par LOWENTHAL, 401 ; — *Tricuspidien*, par TOURNIER 72.
Revue de l'Enseignement médical. 477, 498, 514, 595, 658, 673, 722, 751.
Revue des Congrès, 531, 548, 579, 596, 613.
Revue de Médecine légale, par CÉNAS, 715.
Revue professionnelle, 464, 642.
Revue des thèses. 9, 55, 88, 152, 200, 234, 282, 338, 385, 401 476, 561, 640, 707, 786.
REYNIER. Voir : Chloroforme.
Rhumatisme. *Traitement* par la salicine, par HAIG, 308 ; par les composés salicyliques, par CHARTERIS, 138 ; — *noueux* des enfants, par PERRET, 845.
RIBEROLLES. Voir : Septicimie.
RICAU. Voir : Cocaine.
RICHARDSON. Voir : Alcool.
RIEFFEL. Voir : Antisepsie. Rectum, reins, urétères, ovairs
RIESS. Voir : Fièvre typhoïde.
RIFAT. Voir : Phénacétine.
Roburite. Empoisonnement par la —, par ROSS, 55.
RODRIGUEZ. Voir : Rétention du placenta.
ROGER. Voir : Gomme.
ROMBERG. Voir : Suspension.
RONDOT. Voir : Amyotrophie, Diphtérie, Mercure.
ROSENBAUM. Voir : Argent.
ROSEGHAUS. Voir . Enphorbia.
ROSENBERG. Voir : Urique.
ROSENSTEIN. Voir : Suc gastrique.
ROSENTHAL. Voir : Sycosis.
Roséole : De l'incubation, par FLOOD, 364.
ROSS Voir : Roburite.
Rotule : Traitement des fractures de la —, par SCHWARTZ, 363 ; à la Société de chirurgie, 677.
Rougeole, à l'hôpital des enfants, par SEVESTRE, 309 ; durée de l'incubation, par GILLET, 259 ; — *infectieuse*, traitée par DIEULAFOY, 323 ; à la forme dyspnéique, par THOMAS, 510 : — et bains froids, 421 ; complications oculaires, 550.
ROUGHTON. Voir : Nasales.
ROUTIER. Voir : Crâne, Occlusion, Péritonite.
ROUX. Voir : Choléra, fièvre jaune, diarrhée, urèthre.
Rubéole, par CHANTEMESSE, 217 ; par JUHEL, 201.
RYDYGIER. Voir : Myomes.
Rythme *cardiaque*, anomalies, par GROEDEL, 400.

S

SABATIER. Voir : Uranoplastie.
SACAZE. Voir : Tremblement.
SAINT-MARC. Voir : Angine.
Salicine contre le rhumatisme, par HAIG, 308.
Salipyrine : Sa posologie, 751.
Salol, 726 ; action sur les reins, 655 ; contre le choléra, 574 ; en capsules contre la blennorrhagie, par WHITE, 482 ; *camphré*, par FRANÇOIS, 267.
Sang : Leucocytes du —, 645 ; taches de —, par CÉNAS, 715.
DE SANTI. Voir : Phtisie.
Santoninonine, comme anthelmintique, par COPPOLA, 525.
Sarcinose : Traitement par le sulfite de soude, 706.
Sarcome de l'utérus, 773 ; de la mamelle, opération, par DECORNIERE, chez une femme de 89 ans, 321 ; du thorax, par SCHWARTZ, 737 ; du vagin chez les jeunes enfants, 766,
Saturnins. Le liséré gingival des —, 613.
SAVAGE. Voir : Patalysie.
Scarlatine : Durée de l'incubation, 263 ; angine par SEVESTRE, 324 ; antisepsie. 766 ; par l'eucalyptus, par GURGEYEN, 253 ; traitement par le bi-iodure de mercure, par ILLINGWORTH, 184 ; — du prurit, par GILLET, 213.
SCHNECK. Voir : Catalpa.
SCHROETTER. Voir : Gangrène.
SCKTCHERBAKOF. Voir : Erysipèle.
SCHULTEN. Voir : Empyème.
SCHURN. Voir : Aristol.
SCHUSSLER. Voir : Tendons.
SCHWARTZ. Voir : Anus, jambes, oreillons, sarcôme, cancer, cocaine, pleurésies, orchidopexie, pied, genou, laryngotomie, gastro-entérite, tuberculose.
Sclérose *hépatique* et lithiase biliaire par ELOY, 167.
Scrofuleux ; Enfants, 588 ; traitement marin, 614.
Scrotum : Tumeur du —, 11.
Secours *publics* en Allemagne, et en Autriche, par MAURIAC, 322.
SÉGALAS. Voir : Calorimétrie, troubles nerveux, folie.
SEILER. Voir : Acné.
SÉJOURNET. Voir : Nouveau-né.
Séméiologie : Indications qu'on peut tirer de la forme des écrits des épileptiques, par MATHIEU. 477.
SEMON. Voir : Sinus maxillaire.
SEMPLE. Voir : Exalgine.
Septicémie *aiguë* d'origine contagieuse, 663 ; par BLOCH, 625 ;

Digitized by Google

— *gangréneuse* pendant l'accouchement, par RIBEROLLES, 467; — *puerpérale* par DEMELIN, 182.
Serpolet : Essence de —, par MEUNIER, 188.
SERRAND. Voir : Bronchite.
Service de santé militaire, 9; chronique, 26 ; nouveau règlement 65; engagement militaire des étudiants en médecine, 124 ; situation des étudiants, 721.
SEVESTRE. Voir : Angine, Rougeole.
Sidérose des piqueurs de meules, par BLASHKO, 387.
SIEFFEL Voir : Anthrax.
SILK et SUTCKEN. Voir : Anesthésique.
Sinus *maxillaire* : Empyème du —, par SEMON, 211.
SIROT. Voir : Sodium.
SKLIFFASSOWSKY. Voir : Abdomen.
Société de chirurgie, 43, 57, 77, 91, 103, 121, 136, 154, 172, 186, 202, 217, 235, 255, 270, 292, 310, 325, 342, 356, 372, 388, 405, 420, 436, 452, 468, 484, 501, 517, 662, 677, 692, 708, 725, 741, 757, 772, 789, 803, 821, 835, 847.
Société médicale des hôpitaux 12. 43, 76, 102, 121, 136, 153, 170, 186, 217, 254, 269, 291, 309, 241, 357, 373, 388, 405, 421, 434, 453, 469, 485, 502, 677, 693, 708, 726, 741, 758, 773, 790, 821, 836, 848.
Société médico-pratique, 12, 57, 63, 96, 104, 122, 127, 137, 160, 187, 202, 254, 272, 290, 356, 404, 662, 692, 740, 846.
Sociétés médicales de France et de l'Etranger, 104, 122, 138, 188, 204, 218, 235, 253, 289, 309, 355, 371, 387, 434, 451, 467, 483, 500, 550, 598, 691, 707, 724, 740, 756, 771, 772, 803, 834, 845.
Sodium. *Iodure* de —, par SIROT, 206 ; par GINGEOT, 500. — *Paracréosotinate* de — chez l'enfant par DESUNGE, 370.
SŒRENSEN. Voir : Scarlatine.
Solanum *carolinense*, contre les convulsions, par NAPIER, 282.
Sommeil *provoqué*, par GINGEOT, 35.
Sommet. Positions du — ; conduite à tenir, 17.
Sondes en caoutchouc. Stérilisation par PONCET, 123.
SONNENBURG. Voir : Périthyphlite.
Soude. *Bicarbonate* de — contre le coma diabétique, 511. *Paracréosotinate* de —. Voir : Sodium. *Salycilate* de —, par STILLER, 351 ; contre l'erysipèle, 544 ; accidents, 448 ; — et chloral, 812. *Sulfite*. Voir : Sarcinose, 706.
Soufre contre la gale, 269 ; la variole par Iscar, 541 ; contre l'angine diphtérique, par BURGHARD, 184.
SOUCHAN. Voir : Hydrocèle.
Sparteine. *Sulfate* de —, par KURLOFF, 40.
Spasmes chez les hystériques, par TOURNIER, 198.
SPEER Voir : Morphine et Nitroglycérine.
Splénopneumonie chez l'enfant, par BRANCHENDLER, 477.
Spondylite, par EISELSBERG, 835.
Stachyose pour les diabétiques, 808.
STEFFECK. Voir : Grossesse.
STEFFEN. Voir : Enfants.
STEMBO. Voir : Oedème.
STERN. Voir : Blennorrhagie.
STEWARD. Voir : Hémoglobine.
Stigmates professionnels des ouvriers velontiers, par ELOY, 231.
STILLER. Voir : Soude.
STOECKMANN. Voir : Balsamique et urine.
STOKES. Voir : Pylorectpmie.
Stomachique. Voir : Orexine.
STOWEL, Voir : Antipyritiques et Enfants.
STRADERINI. Voir : Pilocarpine.
Strophantus chez les enfants, 623.
Strychnine, 596 ; action sur l'encéphale, 574.
Strychninomanie, 424.
Stupeur pulmonaire, dans la grippe, par FERRAND, 43.
Sublimé. Voir : Pustule, Erysipèle, en obstétrique, 204 ; accidents, par WEISS, 232.
Suc gastrique. Influence du massage sur les qualités du —, 608.
Sucre dans les épanchements pathologiques, 731.
Sulfonal, par GORDON, 281 ; dangers du —, par ELOY, 53.
Surdité chez l'enfant au point de vue médical et tutélaire, par COUSTOUX, 118.
Surmenage *intellectuel*, 14.
Suspension, par GUTTMANN, 355.
SWALEY. Voir : Urine.
Sycosis vulgaire. *Traitement* par ROSENTHAL, 525.
Symphyse *cardiaque, diagnostique*, par POTAIN, 97.
Syphilis, par TOURNIER, 197 ; aujourd'hui et chez les anciens, par BUREL, 432 ; *Traitement*, par ELOY, 222 ; par les iodures en lavemente, 513 ; pleurésie dans le stade roséolique, par CHAUTEMPS et VIDAL, 270 ; médullaire précoce, 469 ; — secondaire, par GAYRAUD, 278 ; — tertiaire et héréditaire, par MAURIAC, 73. Pendant la grossesse. *Traitement* par ELOY, 785.
Syringomyélie et maladie de Morvan, 469.

T

Tabac. Un succédané du —, 808.
Tabes *et suspension*, 813.
Tachycardie *essentielle paroxystique*, 836 ; par HUCHARD, 179, 522 ; par WEST, 218.
Taille chez l'enfant, par LEGERF, 846.
TALAMON. Voir : Pustules.
Tanin Applications thérapeutiques, par LIÉGEOIS, 655.
TARNIER. Voir : Grossesse.
TATY et BELOUS. Voir : Paralysie.
TAYLOR. Voir : Iode.
TCHLETZOW. Voir : Oreille.
Technique *microscopique*, 216.
Teigne *tondante*. *Traitement* par MORGAN DOGWELL, 382 ; Traitement actuel, 770.
Teinture de mars tartarisée. Incompatibilité, par GRAMONT, 352.
Tendons. Suture tendineuse, par SCHUSSLER, 105.
Térébenthine. Empoisonnements, 767.
TERRIER. Voir : Vésicule biliaire
TERILLON. Voir : Fibrômes, Crâne, Ovariotomie, Rein.
Testament. Dispositions en faveur du médecin, 643.
Testicule. Eléphantiasis, 534 ; Troubles nerveux après l'extirpation, par WEISS, 460.
Tétanos *traumatique*, par VILLARS, 576 ; par VILLEMIN, 201 ; Etiologie, 501 ; Désinfection, par BOMBICCI, 843.
Tête. Contusions de la —, Traitement, 627.
Thalline. Propriétés 28.
Thapsia. Empoisonnement par DOUGLASS, 101.
Thé de Paraguay, 719.
Théobromine dans l'anasarque, par ELOY, 404.
Thermocautère en dermatologie, 613.
Thermomètre en clinique, 707.
Thermo-palpation, 21.
THIBIERGE. Voir : Koch.
Thiocaam : le — comme désinfectant, 96.
THOMAS. Voir : Rougeole.
THORNBURN. Voir : Mamelle.
THOMPSON. Voir : Urinaires.
Thrombus du vagin. Traitement, 757.
Thym. Essence de — par CADÉAC, 188.
Thyroïdite ourlienne, par MATIGNON, 150.
TILLAUX. Voir : Vésicule biliaire, métrite.
Timbre des certificats, 642.
Tissus. Restauration par des substances résorbables, 286.
TOCHERNAW. Voir : Empyème.
Tœnia inerme. Traitement par COMBEMALE, 655, 485.
Tœnicide. Médication par CRÉQUY, 338 ; par DUCHENNE, 125.
TORNGREN. Voir : Périnéorraphie.
TOROUSED. Voir : Arthrite.
Torticolis musculaire 452, par KIRMISSON, 436.
TOUCHELEAUME. Voir : Chancre.
TOURNIER. Voir : Cancer, Cœur, Rétrécissement, Hystérique, Congestion pulmonaire.
Toux. Valeur diagnostique dans la tuberculose, par CAZENAVE DE LA ROCHE, 533. Potion contre la — 450 ; — de la puberté, par CLARKE, 835.
Tumeurs du genre épithélioma, par LARABIE, 370.
Trachée. Physiologie de la — et des bronches, par NIGAISE, 88.
Trachôme. Traitement, 596, 707, par WICHEKRIEVICZ, 134.

Digitized by Google

Trastour. Voir : Ventre, Périty phlite. Amplexation.
Travail. Procédés destinés à accélérer le —, 580.
Trélat. Voir : Endométrite.
Tremblement chez les vieillards, par Sacaze, 494.
Trépanation du crâne et réapplication des rondelles, 772.
Treves. Voir : Typhlite.
Trichloro-acétique. Acide — dans les affections du nez, 417.
Trional et tétronal, 767,
Trinet. Voir : Cou.
Tromboses veineuses et artérielles. Voir : Chlorose.
Trompe d'Eustache. Asepsie, 638.
Troquart. Voir : Pustule.
Tumeur anévrysmale sous-cutanée de l'aorte ascendante, 608.
Tuberculose. Sa transmissibilité par les instruments de musique, 230 ; — devant l'Académie, par Eloy, 56 ; — en Algérie, 30, par Cazenave de la Roche, 28 ; — propagation par le lait, par Eloy, 230 ; — *articulaire* osseuse, 9 ; — *chirurgicale* et les inhalations d'acide fluorhydrique, par Bourgeois, 611 ; *Traitement* de Koch, 771 ; remède de Koch, par Eloy, Huchard, 745 ; — *laryngée*, 581, par Luc, 511, 526. *Traitement* local, par Bronner, 541 ; — *pulmonaire* et l'acide fluorhydrique, par Garcin, 690 ; — à Alger, par Gandil, 216 ; — des *os*. *Traitement*, par Schwartz, 415 ; — aux Canaries, par Lerois, 184 ; — de la *sclérotique*, par Muller, 219 ; — *ulcérations*. Pansement, 707 ; — *prophylaxie*, 14, 30, par Lancereaux, 42, par Verneuil, 56. Sa *cure* par l'air, par Darenberg, 373 ; par le cuivre, par Liégeois, 233 ; — les climats maritimes, par Hameau, 302 ; vaccinations, 565 ; méningite tuberculeuse, un cas de guérison, par Rabion, 206 ; — glanglionnaire et lymphadénome, diagnostic, par Duplay, 777.
Tumeur *anévrysmale* et rupture sous-cutanée, 589,
— *de l'abdomen*. Diagnostic, par Skliffassowsky, 697.
— *blanche*. *Traitement* par les injections iodoformées, 286.
— *gazeuse* cervicale, 562.
— *des glandules* de la muqueuse buccale, par Larabie, 57.
Tympan. Cicatrisations des ruptures du —, 538.
Typhlite, périty phlite et appendicite, 633, 649. Diagnostic par Treves, 39. *Traitement* 588.
Typhoïde. *Fièvre*. Diagnostic précoce, par Eloy, 246 ; bronchite dans la—; et troubles gastriques de la convalescence et leur traitement, par Huchard, 796.

U

Ulcère. *Traitement* par l'eau chaude par Bouilly, 498.
— *rond*. Douleur de l' —, par Bernheim, 492
— *de la langue* chez un diabétique, par Fourrier, 50.
Uranoplastie. Procédé nouveau, 548.
Uréthrotomie interne, par Delefosse, 573.
Uretère. *Traitement* chirurgical des maladies inflammatoires des — chez la femme, 20.
Urèthre. Rupture, par Roux, 638, résection de l' —, 645
Uréthrite antérieure récente. *Traitement*, 560.
Uréthrotomie interne, par Desnos, 479.
Uranoplastie, par Sabatier, 812.
Urines. Analyse des — par Lâache, 185. Incontinence — chez les enfants, 607; par Swancy, 476
Urique. *Acide*. Nouvelle réaction, par Rosenberg, 383 ; action vasculaire, 548.
Urticaire. Symptômes et diagnostic, par Brocq, 553, 571. *Traitement*, 143; par l'iodure de potassium, 750.
— *Chronique*. Traitement, 611.
Utérus. Inversion comme, moyen hémostatique après l'accouchement, 493.
— *Rétroflexions*. — Traitement par Frommen, 401.
— *Myomes*. Pathologie et traitement, 657.
— *Curettage*, 531; par Demelin, dans la septicémie, 182.
— *Affections* — et tamponnement avec l'onguent napolitain, par Hardy. 232 ; — et catarrhe, 816.

V

Vaccine. Antisepsie après l'inoculation, par Burk, 232.
Vacher. Voir : Mercure.
Vaginite *aiguë*. Traitement antiseptique, par Eloy, 434.
Vaillard et Vincent. Voir : Grippe.
Valence. Voir : Orchite.
Varices et ulcères de la jambe. Cure radicale, 693.
— *œsophagiennes*. Hématémèse mortelle, 693.
Variole *en Australie* et prophylaxie, 760. — Différentes formes, par Huchard, 217 — et *Varicelle*. Leurs rapports, par Eloy, 246. — chez le fœtus dans la cavité utérine, par Demelin, 100. *Traitement*, 225; par la Cocaïne, par Ricau, 191 ; par le soufre, par Iscor, 541. Mortalité, 408.
Veines. Indurations, par Duponchel, 153.
Ventre. Les déséquilibrés, enteroptosiques et dilatés par Trastour, 322.
Verchère. Voir : Voies génitales.
Verge, Amputation, 596.
Vergely. Voir : Chlorose, Tromboses veineuses.
Verneuil. Voir : Colotomie, Chloroforme, Grippe, Tuberculose.
Verrues. Traitement, 498.
Version bipolaire, par Demelin, 332.
Vertige *cardio-pulmonaire*. *Traitement*, par Grasset, 461.
— *cardio-vasculaire*, 720, par Menière. — Diagnostic, par Eloy, 703.
Vésicule *biliaire*. Extirpation, par Terrier, 310. Anastomose de la — avec l'intestin grêle, par Tillaux, 270.
Vessie, Corps *étrangers*, 270. *Lavage*, 588. — Suture, 830. — *Catarrhe chronique*, traitement, 7.
Viande de cheval, 328.
Vibrations de l'air et du squelette, de l'oreille, 228. — Osseuses, par Arnould, 227.
Vigier. Voir : Préparations dentifrices.
Vilcox. Voir Cocillana.
Villars. Voir Tétanos.
Villemin. Voir : Tétanos.
Villeneuve. Voir : Rein.
Vinay. Voir : Accouchement.
Violet de méthyle en thérapeutique oculaire, 484.
Vocales (cordes). Leur ulcération dans la grippe, par Le Noir, 233.
Voies *aériennes*. Maladies des — et choix des expectorants, par Liégeois, 248, 267.
— *urinaires*. Antisepsie, par Blocq, 187; par Desnos, 123, 140 — avant les théories microbiennes, par Reliquet, 157. Syphilis des — par Raymond, 309. Diagnostic et traitement des corps étrangers des —, 797.
Voisin. Voir : Morphinomanie.
Vomissements. *Traitement* par la teinture d'iode, par Taylor, 365.
Voûte du crâne. Restauration artificielle, 707.
Vulvite *simple*. De la valeur du gonocoque de Neisser, par Ottolenghi, 234.
— *ulcéreuse* chez les diabétiques. *Traitement*, 513.

W

Watkins. Voir Magnésie.
Weber. Voir: Dyspepsie, Artério-sclérose, Cœur, Phtisie.
Weiss. Voir : Testicules, Croup, Naphtol, Sublimé.
West. Voir : Tachycardie.
Wichekrievincz. Voir Trachôme.
White. Voir : Salol et Blennorrhagie.
Wotruba. Voir : Epanchements pleuraux.

Y

Yeux, Maladies des — dans la milice belge, 584.
Young. Voir : Antipyrine.

Z

Zahnpocken, par Pfeiffer, 476.
Zakharine. Voir : Syphilis du cœur.
Zernoff. Voir : Encéphalomètre.
Zerolo. Voir : Tuberculose.
Zinc. *Chlorure* de — dans les endométrites, par Moret, 29. *Sulfate* de — empoisonnement, par Jeanpierre, 461.
Ziemssen. Voir : Pouls.
Zona. Traitement, par Brocq, 282; chez les enfants, par Gillet. 37.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 01195 4867

Digitized by Google

Digitized by Google